

SO_GERICHTE VSBES.2018.272 vom 27. April 2020

SO Obergericht, 2020-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.272_d20200427

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.272 du 27 avril 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.272 del 27 aprile 2020

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2018 sowie die diesem zugrundeliegenden Verfügungen vom 21. September 2016 sowie vom 5. Juli 2018 seien vollumfänglich aufzuheben.

E. 2

Dem Beschwerdeführer seien infolge des Unfallereignisses vom 3. April 2013 ab 1. Mai 2016 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 62 % sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätseinbusse von mindestens 40 % zuzusprechen (Streitgegenstand gemäss Verfügung vom 21. September 2016).

E. 3

Dem Beschwerdeführer seien infolge des Unfallereignisses vom 3. April 2013 in Bezug auf die Ulnarisneuropathie (Streitgegenstand gemäss Verfügung vom 5. Juli 2018) die vollumfänglichen Leistungen nach UVG, insbesondere vorderhand Taggelder nach Massgabe der durch die B. ___ und den Hausarzt attestierten Arbeitsunfähigkeit sowie die Übernahme der Kosten der Heilbehandlungen, zu gewähren.

E. 4

Eventualiter sei die Angelegenheit zur Einholung eines externen bidisziplinären Gutachtens unter Einbezug der Disziplinen Orthopädie und Neurologie an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 5

Februar - 4. Mai 2015 2. Lumboischialgie-Schmerzsyndrom bei (ICD 10: M 51.1) 1. Spondylarthrose und breitbasige nach caudal dorsal des SWK1 protrudierte und paramedian rechts betonte Diskushernie mit Tangierung und leichter fokaler Kompression der S1-Wurzeln postrezessal rechts sowie mit fokaler leichter Einengung der L5 Wurzel rechts 2. S1-Radikulopathie rechts mit Schmerzausstrahlung dem Dermatome S1 entsprechend und sensibler Symptomatik (belastungsabhängigen Parästhesien), keine motorischen Ausfälle 3. Hämangiomwirbel LWK1, mehrsegmentale Osteochondrose und Spondylose · Status nach Infiltration 10/2013 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Zervikale Spinalkanalstenose mit Punctum maximum C3/C4 und C5/C6 (radiologische Diagnose, klinisch nicht symptomatisch) Zur Beurteilung wurde aus bidisziplinärer Sicht festgehalten,

aufgrund der Schulterbeschwerden könnten Tätigkeiten über der Horizontalen mit Gewichten über 5 kg nicht mehr durchgeführt werden. Auch das Tragen von Lasten sei nicht mehr möglich. Aufgrund der Beschwerden in der LWS seien wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten, vornübergebeugte Tätigkeiten, das Tragen von Gewichten >10 kg und langes Sitzen oder Stehen nicht mehr möglich. Für die angestammte Tätigkeit als Dachdecker bestehe seit dem Arbeitsunfall vom 3. April 2013 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Für mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Für eine leichte, vollständig angepasste Tätigkeit sei der Explorand zu 75 % arbeitsfähig. Der Explorand sollte nicht länger als 15 - 30 Minuten in derselben Position verharren müssen. In einer leichten, vollständig angepassten Tätigkeit sei der Explorand zu 75 % arbeitsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entstehe aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs zur Vermeidung einer Beschwerdeexazerbation. 5.17 In seinem Bericht vom 8. September 2017 (Suva-Nr. 347) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, fest, es bestehe ein erfreulicher Befund mit Fehlen einer strukturellen Läsion im Bereich des N. ulnaris. In der durchgeführten Bildgebung mit MRI der rechten Schulter bestehe kein pathologischer Befund. Auf der anderen Seite hingegen könne die manifeste Parese der ulnaris versorgten Muskeln nicht organisch strukturell zugeordnet werden. Sollte wirklich von schulterorthopädischer Seite keine strukturelle Pathologie nachgewiesen werden, welche die Ulnarisneuropathie erklären könnte, dann müsste die Differenzialdiagnose erweitert werden in die Richtung einer primär neurogenen Erkrankung im Sinne einer Neuronopathie. 5.18 Im Bericht vom 3. Oktober 2017 (Suva-Nr. 354) stellte Dr. med. E.____, B.____, folgende Diagnosen: 1. Anteroinferiore Schulter-Luxation rechts mit Selbst-Reposition vom 3. April 2014 (recte: 2013) mit/bei · posttraumatischer Kapsulitis und Rotatorenmanschetten-Läsion Supraspinatus mit/bei · Schulter-Arthroskopie rechts, intraartikulärem Débridement, Biceps-Tenotomie, Rekonstruktion Supraspinatus, subacromialer Bursektomie mit 1xCorkscrew 6,5 3-fach beladen · 1 Jahr postoperativ Verdacht auf Low-grade-Infekt mit Schulter Arthroskopie rechts vom 01.12.2014 mit Nachweis von Propionibacterium acnes 1x in 6 Biopsien 2. Proximale Ulnaris-Neuropathie im Schulterbereich rechts mit Muskel-Atrophie und Minderinnervation 3. Verdacht auf Thoracic-outlet-Syndrom rechts mit positionsabhängigen Schmerzen und Einschlaf-Parästhesien C7/Th1 Auf die Fragen des Vertreters des Beschwerdeführers gab Dr. med. E.____ folgende Antworten: In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Dachdecker sei der Beschwerdeführer 100%ig arbeitsunfähig. Er habe einen funktionslosen Arm mit deutlich eingeschränkter Schulterfunktion und eingeschränkter Handfunktion, aufgrund der Ulnaris-Neuropathien. Erstens sei es nicht möglich, diesen Beruf auszuführen mit diesen Einschränkungen. Zweitens wäre es gefährlich, in einer so exponierten Tätigkeit zu arbeiten. Eine leidensadaptierte Tätigkeit in einem manuellen Beruf beschränke sich auf eine einarmige Tätigkeit mit dem adominanten linken Arm. Der rechte Arm sei aufgrund der eingeschränkten Schulterfunktion und der eingeschränkten Handfunktion nur zur Unterstützung zu gebrauchen, aber nicht zur Arbeit. Leichte einarmige Sortiertätigkeiten seien dem Beschwerdeführer ganztägig zumutbar. Theoretisch wären auch Beratungstätigkeiten oder administrative Tätigkeiten zumutbar. Schon das Bedienen eines Keyboards am Computer, welches eine gewisse Beidhändigkeit erfordere, sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine konkret ideal leidensadaptierte Tätigkeit wäre eine Einarmtätigkeit links (adominant), leichte Arbeit. 100%ige Arbeitsfähigkeit mit der Möglichkeit, Pausen aufgrund der Schmerzen und Einschränkungen im rechten Arm durchzuführen zu können. Als zusätzliche Einschränkung müsse angegeben werden, dass

der Beschwerdeführer einen Unfall im Bereich der linken Hand mit gestörtem Faustschluss mit einer Teil-Amputation von Digitus III gehabt habe. Hier bestünden noch Restbeschwerden. Mit diesen Einschränkungen müsse man davon ausgehen, dass die Feinmotorik der adominanten Hand etwas gestört sei. Der Unfall sei im Februar 2017 gewesen. 5.19 In der neurochirurgischen Beurteilung vom 1. Februar 2018 (Suva-Nr. 359) führte Prof. Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, aus, die elektrophysiologischen Veränderungen seien als unspezifisch einzuschätzen und nicht geeignet, einen strukturellen Schaden am N. ulnaris nachzuweisen. Zudem sei eine Nervenschädigung im Plexusbereich gemäss eigener klinischer Erfahrung bei entsprechendem Trauma sofort bzw. zeitnah symptomatisch und nicht erst nach einem Jahr. Auch würden typische Zeichen einer Plexusschädigung bei einzigem Nachweis einer unspezifischen isolierten leichten N. ulnaris-Irritation fehlen. Auch nach der Einschätzung von Dr. med. E.____ vom 3. Oktober 2017 passe der zeitliche Verlauf nicht zum Trauma und Operation. Eine isolierte N. ulnaris-Läsion nach Schulterluxation sei zwar möglich, aber äusserst selten. Bei blandem postoperativem Verlauf bei Zustand nach Schulterarthroskopie am 19. November 2013 und 1. Dezember 2014 sei von Seiten von Dr. med. E.____ nach orthopädischer Einschätzung nachvollziehbar ein Zusammenhang der Schulterpathologie mit der N. ulnaris-Symptomatik als überwiegend wenig wahrscheinlich erachtet worden. Ein MRT der Schulter rechts von 2017 habe eine strukturelle Nervenläsion als Folge des initialen Ereignisses ausschliessen können, keine relevante Muskelatrophie. Differentialdiagnostisch werde von Dr. med. D.____ eine mögliche N. Ulnarisneuropathie oder die seltene neuralgische Schulteramyotrophie diskutiert. Bei letzterer imponiere eine schwere motorische Schwäche der vom Plexus versorgten Muskulatur – die wiederholten elektrophysiologischen Untersuchungen hätten eine solche Pathologie nicht nachweisen können und relevante Muskelatrophien würden im MRI fehlen. Auch ein relativ häufig auftretendes Engpasssyndrom im Sulcus ulnaris am Ellbogen sei elektrophysiologisch mehrfach ausgeschlossen worden (Dr. med. D.____ 12. Oktober 2017, Dr. med. L.____ 10. Oktober 2015). Eine probatorische Dekompression/Neurolyse des N. ulnaris sei daher vom Neurologen Dr. med. D.____ nachvollziehbar nicht empfohlen worden. Der Versicherte sei bei erstmaliger Angabe und Dokumentation von sensiblen Störungen im Bereich der rechten Hand/Arm ca. ein Jahr nach dem initialen Ereignis wiederholt neurologisch und elektrophysiologisch u.a. in einem bidisziplinärem Gutachten 2017 untersucht worden. Es seien keine distalen N. ulnaris assoziierten Paresen dokumentiert und keine den N. ulnaris betreffende Diagnose gestellt worden. Im Verlauf von 2017 werde eine schwere distalbetonte Schwäche der vom N. ulnaris versorgten Muskeln beschrieben. Den beklagten Beschwerden im Versorgungsgebiet des N. ulnaris rechts liessen sich in der MRT-Untersuchung keine strukturellen Nervenläsionen als Korrelat nachweisen. Differenzialdiagnostisch müsse nach Einschätzung des Neurologen Dr. med. D.____ eine primäre Nervenerkrankung erwogen werden. Die beschriebenen Beschwerden und Befunde betreffend das N. ulnaris-Versorgungsgebiet seien bei Fehlen der echtzeitlichen Beschwerden bis ca. ein Jahr nach dem Ereignis, untypischem Verlauf nach Schulterpathologie rechts, normaler klinischer Befunde (Dr. med. N.____ / [...]) in der Bildgebung sowie fehlender elektrophysiologischer spezifischer Zeichen einer Nervenläsion überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem initialen Ereignis vom 3. April 2013. Zusammenfassend hielt Prof. Dr. med. C.____ fest, die Ulnarisneuropathie sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3.

April 2013 zurückzuführen. Es zeigten sich auch keine spezifischen Befunde in der Elektrophysiologie für eine neuralgische Amyotrophie. Zudem fehle eine Muskelatrophie im MRT der rechten Schulter 2017. Das Vorliegen dieser seltenen Erkrankung sei wenig wahrscheinlich. Schliesslich sei keine Sulcus ulnaris-Läsion festgestellt worden und eine eventuelle probatorische Operation nicht unfallkausal zum initialen Ereignis. 5.20 Im Bericht vom 15. März 2018 führte Dr. med. E.____, B.____ (Suva-Nr. 368), zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers aus, der Notfallbericht betreffend den Unfall vom 3. April 2013 zeige keine Auffälligkeiten, was die neurologische Problematik angehe, weil man hier einschränkend sagen müsse, dass der Beschwerdeführer entsprechende Schmerzen habe, entsprechende Analgetika gehabt habe und hier nur sehr oberflächlich untersucht worden sei. Erstmals bei der Suva-Untersuchung vom 27. März 2014 sei eine Kraftminderung beim Faustschluss rechtsseitig aufgefallen (12 kg vs. 23 kg links). Zu diesem Zeitpunkt hätten sich die Sensibilität im rechten Arm ab der Schulter diffus zirkulär vermindert und ein Extensionsdefizit im Kleinfinger gezeigt. Am 5. September 2014 sei eine neurologische Beurteilung durchgeführt worden, welche eine proximale Ulnaris-Neuropathie gezeigt habe, aber keine Pathologie im Sulcus. Die Beurteilung der Neurologie (Bericht vom 5. September 2014 von Dr. med. L.____) spreche klinisch und anamnestisch am ehesten für einen Plexusschaden. Dies sei auch mit dem Trauma mit einer Luxation gut zu erklären. Auch mit den aktuellen Befunden und Problemen sei die Frage nur sehr schwierig zu beantworten. Der Beschwerdeführer habe ein Trauma erlitten, welches sich absolut dafür qualifiziere, einen Plexusschaden hervorzurufen. Das Trauma, der zeitliche Verlauf, die Anamnese, auch die Schultersteife, welche in Zusammenhang stehen könne mit neurologischen Problemen, passe ganz hervorragend dazu. Der Beschwerdeführer sei vorher körperlich aktiv gewesen und habe nie vergleichbare Probleme gehabt. Ein Anzeichen für ein Thoracic outlet habe nicht bestanden, einzig der zeitliche Zusammenhang zu diesem Unfall. Aus diesem Grund würde er, Dr. med. E.____, diesen mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der neurologischen Problematik des Beschwerdeführers sehen. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. E.____ fest, zumutbar wären dem Beschwerdeführer sitzende Arbeiten, administrative Tätigkeiten, beratende Tätigkeiten ganztätig. Leichte manuelle Tätigkeiten, wozu auch Bürotätigkeiten zählen würden mit der Bedienung einer Maus bzw. eines Keyboards mit entsprechenden Pausen. Zur Aktenbeurteilung der Suva vom 1. Februar 2018 sei Folgendes anzumerken: Entgegen den Vorschlägen des Neurologen sei nach der Beurteilung durch ihn, Dr. med. E.____, und dem Handchirurgen Dr. med. F.____, die Indikation für eine Dekompression des Nervus ulnaris im Sulcusbereich gestellt worden. Das sei die Stelle, an der der Beschwerdeführer die grössten Probleme gehabt habe, welche sich aber in den neurologischen Untersuchungen nie als relevant gezeigt hätten. Die Entscheidung sei rein klinisch getroffen worden. Die Beschwerden des Beschwerdeführers hätten einen zunehmenden Charakter. Keine Besserungstendenz. Aus diesem Grund dieses ungewöhnliche Vorgehen. Während der Operation habe sich ein Kalibersprung im Nerv im Bereich des Sulcus nervi ulnaris gezeigt, also eine klare mechanische Einengung. Direkt nach der Operation habe der Beschwerdeführer eine eindeutige Besserungstendenz angegeben. Der weitere Verlauf müsse sicherlich abgewartet werden. Die Dokumentation des Nervenschadens sei deutlich verzögert aufgetreten, wobei man sagen müsse, dass die Berichte des B.____ sich hauptsächlich auf die Schulter konzentriert hätten und unter Umständen die Probleme vom Beschwerdeführer nie klar beschrieben und von den behandelnden Ärzten des B.____ nie klar untersucht worden seien. 5.21 In der

neurochirurgischen Beurteilung vom 3. Juli 2018 (Suva-Nr. 385) führte Prof. Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, aus, gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 28. März 2014, ein Jahr nach dem initialen Ereignis, seien vom Beschwerdeführer diffuse anatomisch nicht zuzuordnende Sensibilitätsstörung am rechten Arm angegeben worden. Der Versicherte sei bei erstmaliger Angabe und Dokumentation von sensiblen Störungen im Bereich der rechten Hand / Arm ca. ein Jahr nach dem initialen Ereignis wiederholt neurologisch und elektrophysiologisch u.a. in einem bidisziplinären Gutachten 2017 untersucht worden. Es seien keine distalen N. ulnaris assoziierte Paresen dokumentiert gewesen und keine den N. ulnaris betreffende Diagnose gestellt worden. Im Verlauf von 2017 werde eine schwere distalbetonte Schwäche der vom N. ulnaris versorgten Muskeln rechts beschrieben. Den beklagten Beschwerden im Versorgungsgebiet des N. ulnaris rechts liessen sich in der MRT-Untersuchung keine strukturellen Nervenläsionen als Korrelat nachweisen. Differenzialdiagnostisch sei vom Neurologen Dr. med. D.____ eine primäre Nervenerkrankung diskutiert worden. Gemäss erneuter neurologischer Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 2. Februar 2018 sei basierend auf den elektrophysiologischen Untersuchungen von August 2017 zumindest zum damaligen Zeitpunkt keine Ulnarisneuropathie im Sulcusbereich detektierbar gewesen. Der Versicherte sei am 20. Februar 2018 von Dr. med. E.____ in der Orthopädie, B.____, am N. ulnaris rechts operiert worden. Basierend auf den neu vorgelegten Unterlagen gebe es keine neuen Aspekte, die die Schlussfolgerung der Beurteilung vom 1. Februar 2018 ändern würden. Die Ulnarisneuropathie sei eine häufige und überwiegend häufig unfallfremde Pathologie. Die beschriebenen Beschwerden und Befunde betreffend das N. ulnaris-Versorgungsgebiet seien bei Fehlen der echtzeitlichen Beschwerden bis ca. ein Jahr nach dem Ereignis, untypischem Verlauf nach Schulterpathologie rechts, normaler klinischer Befunde in der Bildgebung sowie fehlender elektrophysiologischer Zeichen einer Nervenläsion überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem initialen Ereignis vom 3. April 2013. Sodann gebe es aus versicherungsmedizinischer Sicht keine neuen Aspekte betreffend die Schulter, die eine Anpassung des vom Kreisarzt formulierten Zumutbarkeitsprofils erforderlich machen würden, siehe Beurteilung Kreisarzt Dr. I.____ vom 27. Januar 2016. Eine angepasste Tätigkeit als Zusatzjob sei gemäss Zumutbarkeitsprofil zumutbar. Die Jobbeschreibung als Hauswart, die im Moment von der Ehefrau des Versicherten übernommen worden sei, mit ca. sechs bis sieben Wochenstunden, sei mit dem Zumutbarkeitsprofil vereinbar. 5.22 Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in seinem Bericht vom 28. August 2018 (Suva-Nr. 392) aus, am 20. Februar 2018 sei ein Release und eine Vorverlagerung des N. ulnaris am Ellenbogen rechts bei klinisch Sulcus ulnaris-Syndrom, neurologisch proximale Ulnaris-Neuropathie im Schulterbereich rechts mit Muskelatrophie und Minderinnervation, durchgeführt worden. Durch diese Operation sei ein grosser Teil der störenden Beschwerden im Ellenbogen / Hand – plötzliche stromstossartige Schmerzen, Kribbeln der Finger – fast vollständig verschwunden, das motorische Defizit habe sich jedoch noch nicht wesentlich verbessert. Die Beschwerden in der rechten Schulter, welche schon lange bestünden, würden nicht zu einer proximalen Ulnarisneuropathie passen, sie seien eher dem protrahierten Verlauf mit posttraumatischer Capsulitis und späterer Revision bei Infekt zuzuschreiben, eine relevante Läsion der SSP-Sehne habe im MRI der Schulter im September 2017 ausgeschlossen werden können. 5.23 Im Bericht vom 29. August 2018 (Suva-Nr. 395) wurde von Dr. med. E.____, B.____, bezüglich der Anamnese ausgeführt, der Beschwerdeführer komme zur

geplanten klinischen Verlaufskontrolle sechs Monate nach Dekompression des Nervus ulnaris rechts. Die Problematik mit dem Einschlafen im Ulnarisversorgungsgebiet sei nun nicht mehr vorhanden. Jedoch klage er darüber, dass sich die Finger II bis IV der rechten Hand bei einem kräftigen Faustschluss stark verkrampften, was ihn sehr behindere. Er könne Dinge nicht länger als 10 Minuten in der rechten Hand halten, dann fingen die Krämpfe an. Er sei gelernter Dachdecker. Diese Tätigkeit könne er mit den aktuellen Beschwerden nicht mehr ausführen. Zur Beurteilung wurde festgehalten, sechs Monate postoperativ nach Dekompression des rechten Nervus ulnaris im Sulcus, zeige sich der Beschwerdeführer bezüglich der Ulnarispathologie nahezu beschwerdefrei. Das Verkrampfen der Finger bei kräftigem Faustschluss könne man sich hierdurch nicht erklären. Aufgrund der Gesamtsituation sehe man für den Beschwerdeführer keine Möglichkeit mehr, in seinem alten Beruf als Dachdecker zu arbeiten. Leichte Tätigkeiten im administrativen und beratenden Bereich seien ihm durchaus zuzumuten. 5.24 Im Bericht vom 28. September 2018 (Suva-Nr. 399) diagnostizierte Dr. med. F.____, Handchirurgie, B.____, einen Verdacht auf eine fokale Dystonie am rechten Arm bei Ulnaris-Neuropathie mit Dekompression und St. nach einer post-subkutanen Vorverlagerung bei deutlicher Instabilität vom 20. Februar 2018. In diesem Zusammenhang erhob Dr. med. F.____ folgende Befunde: «Rechter Ellenbogen: Reizlose Narbenverhältnisse, Keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung. Keine Hyperhidrose oder Hypertrichose. Positives Hoffmann-Tinel-Zeichen. Rechte Hand: Im Vergleich zur Gegenseite deutliche Muskelatrophie der Handbinnenmuskulatur, insbesondere im 1. Interdigitalraum. Flexion/Extension 50/0/60°, Pro-/Supination 80/0/70°, Radial-Ulnardeviation 10/0/20°. Nicht vollständig kraftvolles Abspreizen der Finger im Sinne der Ulnaris-Kompressionsneuropathie. Ein Faustschluss ist kräftig möglich. Die Sensibilitätsstörung besteht nicht mehr. Es zeigt sich deutlich ein Faszikulieren der Handbinnenmuskulatur.» Zur Beurteilung führte Dr. med. F.____ aus, er schliesse sich Dr. med. E.____ in der Beurteilung an, dass der manuell sehr anspruchsvolle und auch gefährliche Beruf des Dachdeckers mit der aktuellen Befundkonstellation nicht mehr zu vereinbaren sei. Hinsichtlich der Ulnaris-Pathologie sei die Problematik nicht ganz einfach. Er, Dr. med. F.____, denke, hier könne entweder eine proximale Ulnaris-Pathologie, vielleicht auch schon ein Plexus nach Schulterinstabilität vorliegen. Da sich diese klinisch aber hauptsächlich durch Faszikulationen und Muskelatrophie zeige, habe er, Dr. med. F.____, den Eindruck, dass es sich hier eher um eine fokale Dystonie handle. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihren Rechtschriften im Wesentlichen auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 9. März 2015 (Suva-Nr. 214) und vom 27. Januar 2016 (Suva-Nr. 285) sowie die neurochirurgischen Beurteilungen von Prof. Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, vom 1. Februar 2018 (Suva-Nr. 359) und vom 3. Juli 2018 (Suva-Nr. 385) weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. 6.1 Auch 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. 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 135 V 465 E. 4.4. S. 470 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_481/2016 vom 18. Januar 2017 E. 2.2). 6.2 6.2.1

Hinsichtlich der umstrittenen Unfallkausalität der Ulnaris-Neuropathie bzw. eines strukturellen Schadens am Nervus Ulnaris verneinte Dr. med. C.____, Suva-Versicherungsmedizin, in ihren neurochirurgischen Beurteilungen vom 1. Februar 2018 und vom 3. Juli 2018 eine diesbezügliche Kausalität zum Unfallereignis vom 3. April 2013 nachvollziehbar: Die elektrophysiologischen Veränderungen seien als unspezifisch einzuschätzen und nicht geeignet, einen strukturellen Schaden am N. ulnaris nachzuweisen. Zudem sei eine Nervenschädigung im Plexusbereich gemäss eigener klinischer Erfahrung bei entsprechendem Trauma sofort bzw. zeitnah symptomatisch und nicht erst nach einem Jahr. Auch würden typische Zeichen einer Plexusschädigung bei einzigem Nachweis einer unspezifischen isolierten leichten N. ulnaris-Irritation fehlen. Der Versicherte sei bei erstmaliger Angabe und Dokumentation von sensiblen Störungen im Bereich der rechten Hand/Arm ca. ein Jahr nach dem initialen Ereignis wiederholt neurologisch und elektrophysiologisch u.a. in einem bidisziplinären Gutachten 2017 untersucht worden. Es seien keine distalen N. ulnaris assoziierte Paresen dokumentiert gewesen und keine den N. ulnaris betreffende Diagnose gestellt worden. Im Verlauf von 2017 werde eine schwere distalbetonte Schwäche der vom N. ulnaris versorgten Muskeln rechts beschrieben. Differentialdiagnostisch werde von Dr. med. D.____ eine mögliche N. Ulnarisneuropathie oder die seltene neuralgische Schulteramyotrophie diskutiert. Bei letzterer imponiere eine schwere motorische Schwäche der vom Plexus versorgten Muskulatur – die wiederholten elektrophysiologischen Untersuchungen hätten eine solche Pathologie nicht nachweisen können und relevante Muskelatrophien würden im MRI fehlen. Auch ein relativ häufig auftretendes Engpasssyndrom im Sulcus ulnaris am Ellbogen sei elektrophysiologisch mehrfach ausgeschlossen worden (Dr. D.____ 12. Oktober 2017, Dr. med. L.____ 10. Oktober 2015). Die beschriebenen Beschwerden und Befunde betreffend das N. ulnaris-Versorgungsgebiet seien bei Fehlen der echtzeitlichen Beschwerden bis ca. ein Jahr nach dem Ereignis, untypischem Verlauf nach Schulterpathologie rechts, normalen klinischen Befunden (Dr. med. N.____ / [...]) in der Bildgebung sowie fehlenden elektrophysiologischen spezifischen Zeichen einer Nervenläsion überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem initialen Ereignis vom 3. April 2013. Der dieser Kausalitätsbeurteilung entgegenstehende Bericht von Dr. med. E.____ vom 5. März 2018 vermag die überzeugende Beurteilung von Dr. med. C.____ nicht umzustossen und auch nicht nur geringe Zweifel daran zu begründen. Dr. med. E.____ führte in diesem Zusammenhang aus, die Beurteilung der Neurologie (Bericht vom 5. September 2014 von Dr. med. L.____) spreche klinisch und anamnestisch am ehesten für einen Plexusschaden, dies sei auch mit dem Trauma mit einer Luxation gut zu erklären, das Trauma, der zeitliche Verlauf, die Anamnese, auch die Schultersteife, welche in Zusammenhang mit neurologischen Problemen stehen könne, passe ganz hervorragend dazu. Diese Ansicht wird von Dr. med. E.____ aber kaum begründet. Entgegen der neurochirurgischen Beurteilung von Dr. med. C.____, welche wohlbegründet ist, legt Dr. med. E.____ nicht dar, wie er zu seiner Einschätzung gelangt, sondern belässt es im Wesentlichen bei einer Kundgabe seiner Meinung. Soweit Dr. med. E.____ sodann zur Begründung der Kausalität anführt, der Beschwerdeführer sei vorher körperlich aktiv gewesen und habe nie vergleichbare Probleme gehabt, stützt er sich hierbei auf die unzulässige Formel «post hoc, ergo propter hoc». Gemäss ständiger Rechtsprechung kann diese Formel – nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist – nicht als Beweis betrachtet werden (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Des Weiteren bringt Dr. med. E.____ zur Begründung vor, ein

Anzeichen für ein Thoracic outlet habe nicht bestanden, einzig der zeitliche Zusammenhang zu diesem Unfall, was aber ebenfalls nicht korrekt ist. So wurde im Bericht des B.____ vom 10. Oktober 2015 von Dr. med. L.____ ein Thoracic outlet Syndrom diagnostiziert (Suva-Nr. 264). Hinzu kommt, dass allfällige neurologische Beschwerden erstmals im kreisärztlichen Bericht vom 27. März 2014 erwähnt wurden und damit erst mehr als ein Jahr nach dem Unfall vom 3. März 2013, was einen Kausalzusammenhang mit einer allfälligen Nervenschädigung ebenfalls als wenig wahrscheinlich erscheinen lässt. Wenn Dr. med. E.____ in diesem Zusammenhang als Erklärung angibt, der Notfallbericht betreffend den Unfall vom 3. April 2013 zeige keine Auffälligkeiten auf, was die neurologische Problematik angehe, weil man hier einschränkend sagen müsse, dass der Beschwerdeführer entsprechende Analgetika gehabt habe und hier nur sehr oberflächlich untersucht worden sei, so vermag dies nichts am Umstand zu ändern, dass es bis zu einem Jahr nach dem Unfall an echtzeitlichen Nachweisen allfälliger neurologischer Beschwerden fehlt und diese demnach in diesem Zeitraum nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sind. In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Bericht von Dr. med. E.____ auch deswegen verminderter Beweiswert zuzumessen ist. An der beweismässigen Kausalitätsbeurteilung bezüglich der Beschwerden am N. Ulnaris von Dr. med. C.____ vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. So wurde entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers die Teilkausalität betreffend diese Beschwerden im kreisärztlichen Bericht vom 8. Oktober 2014 nicht bejaht. Vielmehr hielt der Kreisarzt darin lediglich fest, eine Teilkausalität zwischen den neurologischen Beschwerden (Missempfindungen an Klein-, Ring- und Mittelfinger rechts) und dem Unfallereignis vom 3. April 2013 könne zumindest nicht ausgeschlossen werden, womit aber eine überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht erstellt ist. In diesem Zusammenhang ist zudem anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin die diesbezügliche Unfallkausalität nicht anerkannt hat, auch wenn sie vorübergehend Versicherungsleistungen erbracht hat. Soweit der Beschwerdeführer weiter rügt, Dr. med. C.____ habe ihn nicht persönlich untersucht, weshalb ihrer Beurteilung kaum Beweiswert zuzumessen sei, ist festzuhalten, dass dies deren Beweiskraft nicht entgegensteht. Denn auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es wie im vorliegenden Fall im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_697/2012 vom 6. November 2012 E. 1.4 mit Hinweisen). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Beurteilung von Dr. med. C.____ umfangreiche medizinische Vorakten zugrunde lagen und der Beschwerdeführer bereits mehrfach kreisärztlich untersucht worden war. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers verneinte sodann auch der behandelnde Neurologe, Dr. med. D.____, eine unfallkausale neurologische Schädigung. So hielt er in seinem Bericht vom 8. September 2017 (Suva-Nr. 347) fest, es bestehe ein erfreulicher Befund mit Fehlen einer strukturellen Läsion im Bereich des N. ulnaris. In der durchgeführten Bildgebung mit MRI der rechten Schulter bestehe kein pathologischer Befund. Auf der anderen Seite hingegen könne die manifeste Parese der ulnaris versorgten Muskeln nicht organisch strukturell zugeordnet werden. Sollte wirklich von schulterorthopädischer Seite keine strukturelle Pathologie nachgewiesen werden, welche die Ulnarisneuropathie erklären könnte, dann müsste die

Differenzialdiagnose erweitert werden in die Richtung einer primär neurogenen Erkrankung im Sinne einer Neuronopathie. Im Übrigen sprechen sich auch die nach der neurochirurgischen Beurteilung von Dr. med. C.____ eingegangenen Berichte von Dr. med. G.____ vom 28. August 2018 (Suva-Nr. 392) sowie von Dr. med. F.____ vom 28. September 2018 (Suva-Nr. 399) nicht für eine diesbezügliche Unfallkausalität aus. Demnach ist es zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität bezüglich der Ulnarisbeschwerden verneint hat.

6.2.2 Ebenso muss aufgrund der vorliegenden Akten und in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Suva-Ärzte die vom Beschwerdeführer behauptete direkte unfallkausale Verursachung der Rückenbeschwerden bzw. der Diskushernie verneint werden. Gemäss der gestützt auf die medizinische Lehre ergangenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung entstehen praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen. Ein Unfallereignis fällt nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a [U 138/99] mit Hinweis auf das Urteil U 159/95 vom 26. August 1996, E. 1b). Dies ist vorliegend zu verneinen, da die Arbeitsfähigkeit anfänglich ausschliesslich aufgrund der Schulterverletzung bestand. Aktenkundig wurden die Rückenbeschwerden erst mit dem MRI-Bericht vom 16. Juli 2013 (Suva-Nr. 42). Als direkte Unfallfolge erscheinen Diskushernien bzw. Bandscheibenvorfälle zudem stets mit begleitenden (minimalen) knöchernen oder Bandverletzungen im betroffenen Segment (Alfred Schönberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 460), was vorliegend ausgeschlossen werden kann. Ebenfalls zu verneinen ist eine dauernde unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule. Eine solche kann nur als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, U 355/98; Urteile 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 3.1 und 8C_51/2010 vom 21. Mai 2010 E. 2.2). Zudem muss eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Auch diese Kriterien sind vorliegend nicht gegeben. Soweit sich der Beschwerdeführer darauf stützt, er habe vorher an keinerlei Rückenbeschwerden gelitten, ist wiederum auf die vorerwähnte «post hoc, ergo propter hoc»-Rechtsprechung zu verweisen (vgl. E. II. 6.2.1 hiervor), womit dieses Argument keine zulässige Begründung darstellt.

6.2.3 Des Weiteren ist das kreisärztlich festgelegte Zumutbarkeitsprofil umstritten. Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Kreisarzt, statuierte in seinem Bericht vom 9. März 2015 folgendes Zumutbarkeitsprofil, worauf sich auch die Beschwerdegegnerin abstützte: Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg bis Schulterhöhe. Rechtsseitig sei das Heben und Tragen von Gewichten von 7,5 kg bis Schulterhöhe zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten über Schulterniveau sowie belastete körperferne Tätigkeiten und Tätigkeiten, die eine forcierte Aussenrotation im rechten Schultergelenk erforderten. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen und Schlägen auf das rechte Schultergelenk. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Dieses Zumutbarkeitsprofil vermag im Lichte

der übrigen medizinischen Akten und des Umstandes, dass, wie vorgehend ausgeführt, weder die Ulnaris- noch die Rückenbeschwerden unfallkausal sind, zu überzeugen. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang zudem korrekt festhielt, gründet die im J. ___-Gutachten vom 4. Juli 2017 statuierte Arbeitsunfähigkeit von 25 % alleine auf den im neurologischen Teilgutachten eruierten vermehrten Pausenbedarf aufgrund der LWS-Beschwerden, welche jedoch nicht unfallkausal und demnach nicht zu berücksichtigen sind. So wurde im neurologischen Teilgutachten der J. ___ (Suva-Nr. 341) festgehalten, beim Exploranden bestehe bei belastungsabhängigen Beinschmerzen und Parästhesien rechts bei im MRI der LWS von 03/17 ersichtlicher Kompression der S1-Wurzel rechts eine S1-Radikulopathie rechts. Daher sei der Explorand aus neurologischer Sicht in seiner ursprünglichen Tätigkeit als Dachdecker sowie in anderen körperlich schweren Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. In einer Verweistätigkeit sei der Explorand aus rein neurologischer Sicht zu 75 % arbeitsfähig, sofern folgende Einschränkungen eingehalten würden: Verzicht auf jegliche stärkeren körperlichen Tätigkeiten, kein Heben schwerer Lasten über 5 kg, kein kontinuierliches Stehen oder Gehen. Regelmässige Möglichkeit zum Lagewechsel muss gegeben sein. Der Explorand sollte nicht länger als 15 - 30 Minuten in derselben Position verharren müssen. Im Rahmen eines angepassten Arbeitsplatzes sei der Explorand mit einem 75%-Pensum einsatzfähig. Auch im orthopädischen Teilgutachten der J. ___ (Suva-Nr. 343) wird eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht nur betreffend die LWS festgelegt, während bezüglich der Schulter lediglich ein eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil resultierte: Aufgrund der Schulterbeschwerden könnten Tätigkeiten über der Horizontalen mit Gewichten über 5 kg nicht mehr durchgeführt werden. Auch das Tragen von Lasten sei nicht mehr möglich. Aufgrund der Beschwerden in der LWS seien wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten, vornübergebeugte Tätigkeiten, das Tragen von Gewichten >10 kg und langes Sitzen oder Stehen nicht mehr möglich. Somit ist klar, dass sich die in der gutachterlichen Gesamtbeurteilung aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs festgelegte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 75 % nur aus den nicht unfallkausalen LWS-Beschwerden ableitet. Demnach ändert diese nichts an der beweiswertigen kreisärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Daran vermag auch die Einschätzung von Dr. med. E. ___ in seinen Berichten vom 22. Juni 2015 und 2. November 2015, wonach der Beschwerdeführer lediglich zu 50 % arbeitsfähig sei, nichts zu ändern. So begründet Dr. med. E. ___ darin seine Einschätzung nicht weiter und er scheint sich diesbezüglich vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abzustützen, welcher den damaligen Arbeitsversuch nicht über ein Pensum von 50 % zu steigern vermochte (vgl. Bericht von Dr. med. E. ___ vom 22. Juni 2015; Suva-Nr. 240). Insofern Dr. E. ___ schliesslich in seinem Bericht vom 3. Oktober 2017 (Suva-Nr. 354) davon ausgeht, dem Beschwerdeführer sei nur noch eine einarmige Tätigkeit zumutbar, so ist darauf hinzuweisen, dass er hierbei eben auch die nicht unfallkausalen Ulnaris-Neuropathien berücksichtigt, womit seine Einschätzung vorliegend nicht weiterführend ist. Somit kann zusammenfassend auf die vorgenannte überzeugende Arbeitsfähigkeits- und Zumutbarkeitsbeurteilung des Suva-Arztes abgestellt werden. 6.2.4 Sodann rügt der Beschwerdeführer, die Suva-Ärzte hätten sich nicht mit den Resultaten des Arbeitsversuchs auseinandergesetzt. Diesbezüglich ist anzufügen, dass gestützt auf einen Arbeitsversuch keine endgültigen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden können. Letztlich ist es Sache der medizinischen Gutachter, die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch zu bestimmen, zumal das Resultat eines Arbeitsversuchs auch durch invaliditätsfremde

Faktoren beeinflusst werden kann. Da die Beurteilung der Gutachter schlüssig und beweiswertig ist, vermöchte auch ein allfälliger Abbruch eines Arbeitsversuchs daran nichts zu ändern. 6.2.5 Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, die Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. C. ____, wonach der Beschwerdeführer trotz der unfallkausalen Schulterbeschwerden einer Nebentätigkeit als Hauswart noch nachgehen können solle, sei nicht nachvollziehbar. Dieser Einwand erscheint angesichts des durch die Suva-Ärzte statuierten Zumutbarkeitsprofils und der Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. med. E. ____ vom 17. März 2016 (Suva-Nr. 295), wonach der Beschwerdeführer seinen Arm bis knapp zur Horizontalen (Abduktion) bzw. knapp über die Horizontale (Flexion) bewegen könne, berechtigt. Wie aus dem Stellenbeschrieb der Hauswartsstelle, welche der Beschwerdeführer vor dem Unfall innehatte, ersichtlich, hat sich ein Hauswart unter anderem um die Beleuchtung und die Schneeäumung zu kümmern (vgl. Suva-Nr. 384, S. 1). Dass der Beschwerdeführer diese Tätigkeiten mit seinen Einschränkungen noch wird ausüben können, erscheint eher unwahrscheinlich. Dies führt aber im Resultat nicht dazu, dass nicht mehr auf die ansonsten überzeugenden Beurteilungen von Dr. med. C. ____ abgestellt werden könnte. Jedoch wird dies, wie unter E. 7. hiernach darzulegen ist, bei der Berechnung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen sein, da die Beschwerdegegnerin dort bislang das Zusatzeinkommen als Hauswart von CHF 7'800.00 miteinrechnet.

E. 7.1

Sodann ist zu prüfen, ob die von der Beschwerdegegnerin angewandten DAP-Löhne (Suva-Nr. 310) korrekt sind. Das Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht) hat in einem Grundsatzurteil vom 28. August 2003 (BGE 129 V 472) Bedingungen für die Anwendbarkeit der DAP formuliert. Danach genügt es nicht, wenn bloss einige wenige zumutbare Arbeitsplätze angegeben würden, weil es sich dabei sowohl hinsichtlich der Tätigkeit wie auch des bezahlten Lohnes um Sonder- und Ausnahmefälle handeln könne. Es sei in quantitativer Hinsicht zwar ausreichend, wenn im Einzelfall die Profile von fünf geeigneten und zumutbaren Arbeitsplätzen vorgelegt würden. Der Unfallversicherer habe aber zusätzlich Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze zu machen sowie über den Höchst-, den Tiefst- und den Durchschnittslohn der dem jeweiligen Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Mit diesen Angaben lasse sich überprüfen, ob die von der Versicherung vorgelegten Profile repräsentativ seien und ob die Versicherung einen korrekten Ermessensentscheid getroffen habe. Der versicherten Person seien diese Angaben so offen zu legen, dass sie im Einspracheverfahren allfällige Einwendungen erheben könne. Sei die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, so könne im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Vergleich abgestellt werden (E.4.2.1 und 4.2.2). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile seien Abzüge vom System der DAP her nicht sachgerecht und nicht zulässig (E.4.2.3).

E. 7.2

Die fünf von der Beschwerdegegnerin vorgelegten DAP-Arbeitsplatzprofile (SA 310) sind mit dem vorgenannten Zumutbarkeitsprofil (E. II. 6.2.3 hiervor) vereinbar und insoweit nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin machte zudem Angaben über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe (SA 310 S. 1 ff). Der von der Suva errechnete Betrag von CHF 61'330.00 entspricht dabei dem Durchschnitt der Löhne gemäss den fünf ausgewählten

DAP-Blättern und liegt im Rahmen der Durchschnittslöhne der entsprechenden Gruppe. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht von einem hypothetischen Verdienst in dieser Höhe ausgegangen. Soweit der Beschwerdeführer rügt, dass die gewählten DAP-Blätter eine Anlehre voraussetzen würden, welche nicht vorhanden sei, ist ihm entgegenzuhalten, dass es sich bei der in den DAP-Blättern genannten Anlehre nicht um eine solche im Sinne von Art. 49 des Bundesgesetzes über die Berufsbildung handelt, sondern um eine in der Regel kurz dauernde Einarbeitung in den neuen Arbeitsbereich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2003, U 102/00). Somit steht die fehlende Ausbildung des Versicherten in diesem Bereich einer Anstellung nicht entgegen. Auch die übrigen Bedingungen für die Anwendbarkeit der DAP gemäss Ziff. 7.1 hiervor sind vorliegend erfüllt worden, sodass die Festsetzung des Invalideneinkommens (mittels DAP) nicht zu beanstanden ist. Wie aber vorgehend ausgeführt, ist beim Invalideneinkommen lediglich das aus den DAP-Blättern resultierende Durchschnittseinkommen von CHF 61'330.00 (vgl. Suva-Nr. 310, S. 1) zu berücksichtigen, nicht jedoch die vom Beschwerdeführer vor dem Unfall innehabte und danach von seiner Ehefrau weitergeführte Hauswartstätigkeit mit einem Einkommen von CHF 7'800.00. Nicht zu beanstanden und auch nicht umstritten ist dagegen das von der Beschwerdegegnerin festgelegte Valideneinkommen von CHF 76'440.00. Diesbezüglich stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die Angaben der letzten Arbeitgeberin des Beschwerdeführers sowie auf das als Hauswart erzielte Zusatzeinkommen (vgl. S. 21 des Einspracheentscheides). Daraus resultiert – in Abweichung zum angefochtenen Einspracheentscheid – ein Invaliditätsgrad von gerundet 20 %, womit die Beschwerde in diesem Punkt teilweise gutzuheissen ist.

E. 8

Schliesslich ist auf die von Seiten des Beschwerdeführers bestrittene Einschätzung der Integritätsentschädigung durch Dr. med. I. ___ (Suva-Nr. 295) einzugehen. 8.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Der Bundesrat hat in diesem Anhang Bemessungsregeln aufgestellt und in einer nicht abschliessenden (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 47) Skala wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3, ferner Art. 25 Abs. 1 UVG). Die Liste der Integritätsschäden sieht von allen individuellen Besonderheiten der Auswirkung ab und gibt eine abstrakte Schätzung für einen Durchschnittsmenschen. Es wird somit nur jene «Schwere» berücksichtigt, die einem Integritätsschaden solcher Art bei einem Durchschnittsmenschen beigemessen werden kann (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 36 ff und 45 ff). Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, einerseits die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten und andererseits die sachgemässe Einstufung im Rahmen der erwähnten Liste vorzunehmen (vgl.

dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31). Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraaster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva-Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 - 22). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 vom Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen.

8.2 In seinem Bericht betreffend die Beurteilung des Integritätsschadens vom 18. März 2016 (Suva-Nr. 295) hielt Dr. med. I.____ fest, der Versicherte habe nach einer vorderen unteren Schulterluxation mit Bankart-Läsion sowie Supraspinatus-Teilläsion trotz rekonstruktiver Operation mit Re-Operationen bei Low-grade-Infekt eine persistierend eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit rechts. Eine wesentliche Verbesserung sei nach dieser Zeit nicht mehr zu erwarten. Bei einer Beweglichkeit bis zur (Abduktion), resp. knapp über die Horizontale (Flexion) werde der Integritätsschaden gemäss Tabelle 1.2 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) mit 15 % beziffert.

8.3 Dagegen vertritt der Beschwerdeführer die Ansicht, gemäss Suva-Tabelle 7 sei bei Diskushernien mit geringen Dauerschmerzen, welche bei Belastung zunehmen würden, aber auch in Ruhe vorhanden seien, eine Integritätsentschädigung von 10 - 20 % zu gewähren. Sodann seien die Funktionsausfälle im rechten Arm und rechten Finger mitzubersichtigen. Eine Ulnarislähmung rechts proximal sei mit 15 % zu beziffern (Tabelle 1). Wie jedoch bereits vorgehend festgehalten, handelt es sich bei der Diskushernie sowie den neurologischen Funktionsausfällen bzw. der Ulnarislähmung nicht um unfallkausale Beschwerden, weshalb diese bei der Beurteilung des Integritätsschadens nicht zu berücksichtigen sind. Im Übrigen wurde von Seiten der behandelnden Ärzte die Einschätzung der Integritätsentschädigung von Dr. med. I.____ nicht kritisiert. Demnach ist die zugesprochene Integritätsentschädigung von 15 % nicht zu beanstanden.

9. Somit ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als der Einspracheentscheid der Suva vom 7. Mai 2019 betreffend die Höhe der zugesprochenen Rente aufgehoben wird. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Mai 2016 Anspruch auf eine Invalidenrente von 20 %. Dagegen wird die Beschwerde bezüglich der Zusprache einer höheren Integritätsentschädigung abgewiesen.

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt

zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E.4.1). Im vorliegenden Fall verlangt der Beschwerdeführer einerseits die Zusprache einer UV-Teilrente von mindestens 62 % sowie einer Integritätsentschädigung von mindestens 40 %. Während die Beschwerde insofern teilweise gutgeheissen wird, als dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2016 eine Rente von 20 % zugesprochen wird, wird die Beschwerde bezüglich einer höheren Integritätsentschädigung abgewiesen. Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtsschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes höher ausfiel, weil er eine höhere Integritätsentschädigung verlangt hat und dies entsprechend begründen musste. Demnach rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung um 1/4 auf 3/4 zu kürzen. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche reduzierte Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Die Kostennote vom 16. August 2019 (A.S. 92 f.) ist insoweit zu kürzen, als Orientierungskopien an den Klienten (davon wird bei Positionen «Brief an Klient», die sich nicht anderweitig erklären lassen, ausgegangen), das Fristerstreckungsgesuch vom 22. Januar 2019 sowie die Einreichung der Kostennote am 16. August 2019 als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist und nicht separat entschädigt wird. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind die in der Kostennote aufgeführten Auslagen für die Kopien der Suva-Akten von CHF 328.50. So ist es dem Vertreter zuzumuten, diese von der Suva kostengünstig in elektronischer Form einzuverlangen. Somit ist in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 2'713.80 festzusetzen (12.99 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 112.20 und MwSt; davon 3/4).

E. 10.2

Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 20

Februar 2018 gestellt. Dystonien seien Bewegungsstörungen, die im Gehirn verursacht würden. Sie äusserten sich durch unwillkürliche und anhaltende Muskelanspannungen, also Verkrampfungen, die zu ungewöhnlichen Körperhaltungen (z.B. des Kopfes oder der Gliedmassen) und zu unkontrollierbaren Bewegungen (z.B. Verkrampfungen der Augenlider) führten. Die Symptome einer Dystonie stellten sich unterschiedlich dar, je nachdem, welche Bereiche des Gehirns betroffen seien und auf welche Körperregion(en) die Bewegungsstörung dadurch beschränkt bleibe. Es handle sich um eine Erkrankung mit zentraler Schädigung (im Gehirn) und sei schulterunabhängig. Sodann verneine auch Dr. med. G. ___ mit Beurteilung vom 28. August 2018 zu Handen des Versicherten, der nachgefragt habe, ob die rechtsseitigen Schulterbeschwerden und die proximale Ulnarisneuropathie in Zusammenhang stehen würden, einen Kausalzusammenhang zwischen den beklagten Restbeschwerden in der rechten Schulter und der proximalen Ulnarisneuropathie explizit. Durch die Operation vom 20. Februar 2018 am rechten Ellenbogen sei ein grosser Teil der störenden Beschwerden im Ellenbogen/Hand ■

plötzliche stromstossartige Schmerzen, Kribbeln der Finger ■ fast vollständig verschwunden; das motorische Defizit habe sich jedoch noch nicht wesentlich verbessert. Die Beschwerden in der rechten Schulter, welche schon lange bestünden, würden nicht zu einer proximalen Ulnarisneuropathie passen, sie seien eher dem protrahierten Verlauf mit posttraumatischer Capsulitis und späterer Revision bei Infekt zuzuschreiben, eine relevante Läsion der SSP-Sehne habe im MRI der Schulter im September 2017 ausgeschlossen werden können. Angesichts des soeben Ausgeführten seien keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Prof. Dr. med. C.____ auszumachen und diese sei als voll beweiskräftig zu qualifizieren. In Bezug auf die Rückenbeschwerden stehe sodann fest, dass diese nicht überwiegend wahrscheinlich als unfallkausal zu qualifizieren seien. Bereits am 14. Oktober 2013 habe der Kreisarzt festgehalten, dass die lumbalen Rückenbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. In den zeitnahen ärztlichen Berichten und im Einsatzprotokoll des Krankenwagens würden Rückenbeschwerden nicht erwähnt. Anderslautende ärztliche Beurteilungen fänden sich in den Akten nicht. Sodann sei festzuhalten, dass die signifikante und somit dauernde Verschlimmerung einer vorbestandenen degenerativen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, nur dann bewiesen sei, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeige (RKUV 2000 S. 45), was vorliegend gerade nicht der Fall gewesen sei. Nach der medizinischen Erfahrung vermöge eine einfache Kontusion oder Distorsion der Wirbelsäule nicht zu Beeinträchtigungen zu führen, welche nach mehreren Monaten noch anhalten würden. Nach der Rechtsprechung sei eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_1009/2009 vom 4. Mai 2010 E. 3.1.1). Damit lasse sich die kreisärztliche Beurteilung auch durch die bundesgerichtliche Rechtsprechung bestätigen. Bereits im Schreiben vom 2. Dezember 2013 habe die Suva die Leistungsübernahme hierfür abgelehnt. Soweit dargetan werde, die Rückenbeschwerden seien erst oder vermehrt nach dem Unfall aufgetreten, so könne damit kein Kausalzusammenhang hergestellt werden. Des Weiteren könne auf das Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes Dr. med. I.____ vom 28. Januar 2016 abgestellt werden. Es lägen keine Akten vor, die hieran Zweifel rechtfertigen würden. Ein vermindertes Rendement aus unfallbedingter Sicht lasse sich aufgrund der Akten nicht begründen. Hieran änderten die Ausführungen in der Begutachtung durch das J.____ vom 4. Juli 2017 nichts. Die abweichende Einschätzung des Schweregrades bzw. der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 25 % in einer Verweistätigkeit begründe sich durch die zusätzliche Berücksichtigung der Beschwerden an der Lendenwirbelsäule, welche gemäss Beurteilung und aufgrund der Akten sowie der angefertigten Bildgebung mit belastungsabhängigen Schmerzen und Parästhesien nachvollziehbar seien. Explizit hielten die Gutachter aber fest, bezüglich der Schulterfunktion seien keine Abweichungen ersichtlich; bezüglich der Lendenwirbelsäule würden sich zusätzliche Einschränkungen ergeben. Eine zeitliche Limitierung hinsichtlich der unfallbedingten Restbeschwerden an der Schulter sei somit nicht nachvollziehbar, sofern das Zumutbarkeitsprofil eingehalten werde. Weiter bestätige Prof. Dr. med. C.____ das Zumutbarkeitsprofil. Die Jobbeschreibung als Hauswart, die im Moment von der Ehefrau des Versicherten übernommen werde, mit ca. sechs bis sieben Wochenstunden, sei mit dem Zumutbarkeitsprofil vereinbar. Auch die behandelnden Ärzte vermöchten der Beurteilung nicht begründet zu widersprechen. So habe Dr. med. E.____

etwa am 5. März 2018 und bestätigend auch am 29. August 2018 ausgeführt, leichte Tätigkeiten wären ausführbar. Für stehende und gehende Tätigkeiten sowie sitzende Arbeiten gäbe es keine Einschränkungen. Administrative Tätigkeiten, beratende Tätigkeiten wären ganzzeitig zumutbar. Leichte manuelle Tätigkeiten, auch Büroarbeiten mit der Bedienung einer Maus bzw. eines Keyboards wären mit entsprechenden Pausen möglich. Gleichermassen klinge es im Bericht von Dr. med. G. ___ vom 28. August 2018. Ihm gegenüber habe der Versicherte auch angegeben, aktuell sei er durch chronische LWS-Beschwerden geplagt. Betreffend die Schulter sei das Bewegungsausmass in der Schulter eingeschränkt seit der Schulteroperation, er habe aktuell, wenn er nicht den Kopf bewege, keine Beschwerden. Die Versicherungsmedizin habe die Nebentätigkeit als Hauswart rein von den Unfallfolgen her als durchaus zumutbar bezeichnet und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen müssten nicht berücksichtigt werden. Anderslautende begründete Zumutbarkeitsbeurteilungen aus Sicht eines Unfallmediziners lägen nicht vor. Im Weiteren sei bezüglich des Invalideneinkommens festzuhalten, dass dieses gestützt auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung sowie gestützt auf die Arbeitsplätze DAP Nrn. 467519, 387103, 374193, 12895496 (Hilfsarbeiter) und 9539504 (Monteur) festgesetzt worden sei. Angesichts des Zumutbarkeitsprofils könne auch auf die aufgeführten Arbeitsplätze abgestellt werden. All die vorgenannten Anforderungen seien erfüllt. Die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze sei angegeben und betrage in concreto 364, deren Höchstlohn CHF 80'600.00 und Tiefstlohn CHF 48'430.00. Soweit der Versicherte in der beruflichen Eingliederungstätigkeit Schmerzen angegeben habe, so seien diese subjektiv. Aus diesen Werten der DAP, ohne dass eine zeitliche Einschränkung bestünde, ergebe sich ein durchschnittliches Einkommen im Mittel und somit ein Invalideneinkommen von CHF 61'330.00. Zudem habe der Versicherte nebst seiner Tätigkeit als Dachdecker auch noch eine AHV-pflichtige Tätigkeit als Hauswart innegehabt. Wie die Ausführungen von Prof. Dr. med. C. ___ zeigten, wäre dieser Zusatzjob auch mit dem Zumutbarkeitsprofil vereinbar, womit zum vorgenannten Invalidenlohn CHF 7'800.00 zu addieren seien (vgl. Unterlagen vom Arbeitgeber vom 1. Juni 2018 zu Handen der Suva). Schliesslich sei auf die kreisärztliche Beurteilung auch bezüglich Integritätsschaden abzustellen. Widersprechende ärztliche Berichte, die als fundiert betrachtet werden könnten, lägen nicht bei den Akten. Es sei nicht zu beanstanden, dass bei der Einschätzung des Integritätsschadens die Rückenproblematik und die Ulnarisneuropathie nicht mitberücksichtigt worden seien.

5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2018 die Invalidenrente zu Recht auf 10 % und den Integritätsschaden zu Recht auf 15 % festgesetzt hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 Im Notfallbericht des B. ___ vom 5. April 2013 (Suva-Nr. 78) wurden als Diagnosen festgehalten:

Sturz aus 3 Metern auf die rechte Körperhälfte mit/bei

Der Beschwerdeführer sei am 3. April 2013 beim Arbeiten auf einer Baustelle 3 Meter auf einen Betonboden gestürzt und dabei auf der rechten Körperhälfte angekommen. Keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie zum Ereignis. Der Beschwerdeführer gebe beim Eintreffen der Ambulanz Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des rechten Knies an.

5.2 Im Bericht des B.____ vom 11. April 2013 (Suva-Nr. 1) wurde folgende Diagnose gestellt:

Hill-Sachs-■sche Impressionsfraktur Schulter rechts mit einer ossären Bankartläsion mit/bei

5.3 In seinem Bericht vom 19. August 2013 (Suva-Nr. 49) diagnostizierte Dr. med. H.____, B.____, Kompetenzzentrum für Wirbelsäulenchirurgie, eine Diskushernie L4/5 links und einen Zustand nach traumatischer Schulterluxation rechts. Die MRT-Untersuchung der LWS zeige eine Diskushernie in der Etage L4/L5 auf der linken Seite, dies korreliere eigentlich ganz gut mit den Beschwerden des Patienten, der in erster Linie Lumbalgien und lumboschialgieforme Schmerzen nach links beschreibe. Die Rückenschmerzen seien beidseits gelegen, jedoch sei die Ausstrahlung eindeutig mehr links und korreliere mit der L5-Radikulopathie.

5.4 Im Bericht vom 24. Oktober 2013 von Dr. med. E.____, Stv.-Chefarzt in der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, B.____ (Suva-Nr. 61), wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer habe von der glenohumeralen Infiltration überhaupt nicht profitiert. Unverändert Beschwerden im Sinne von einer schmerzhaft eingesteiften Schulter. Aus diesem Grund werde eine Schulterarthroskopie rechts durchgeführt.

5.5 Im Bericht vom 27. Februar 2014 (Suva-Nr. 98) führte Dr. med. E.____ vom B.____ aus, die Schulterarthroskopie habe ein gutes Ergebnis gebracht. Der Beschwerdeführer sei selbständig in der Lage, mit der Hand auf den Kopf zu fassen, das sei das, was er, Dr. med. E.____, nach drei Monaten erwarte. Im Beruf als Dachdecker sei weiter von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In der Regel gehe dies mindestens 6 Monate postoperativ, eher 9 Monate postoperativ für eine so schwere körperliche Tätigkeit. Eine nächste Kontrolle erfolge in drei Monaten. Der Beschwerdeführer bleibe bis dahin noch ganz sicherlich 100 % arbeitsunfähig

5.6 Im Bericht betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 27. März 2014 (Suva-Nr. 103) hielt Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Kreisarzt, als Diagnose fest: «Vordere untere Schulterluxation rechts mit Bankartläsion, Supraspinatusteilläsion (Vorschaden 17.10972.09.1 mit Zerrung / Kontusion Schulter rechts, konservativ behandelt)». Zur Beurteilung wurde ausgeführt, bei der heutigen Kreisarztuntersuchung könne eine aktive Schultermobilität rechts bis knapp Horizontalebene festgestellt werden. Bewegungen oberhalb der Horizontale würden schmerzhaft abgewehrt, Aussen- und Innenrotationen seien noch eingeschränkt. Neben der Physiotherapie übe der Versicherte regelmässig Heimübungen durch, Schmerzmittel würden kaum mehr eingesetzt. Die Trapeziusmuskulatur sei beidseitig myotendinotisch verspannt. Nicht vollumfänglich mit dem Ereignis erklärbar sei eine diffuse zirkuläre Hyposensibilität ab rechter Schulter bis zu den Fingern. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit als Dachdecker sei gegeben, falls vom Betrieb her möglich, vom Versicherten gewünscht, könnte ab zweiter Aprilhälfte ein therapeutischer Beschäftigungsversuch ohne jegliche Belastung der rechten Schulter versucht werden (Materialtransporte ohne Be- und Entladen, Aufsichtsfunktionen ohne manuelle Tätigkeiten).

5.7 Im Elektrophysiologie-Bericht des B.____ vom 5. September 2014 (Suva-Nr. 15) stellte Dr. med. L.____, Leitende Ärztin Neurologie, folgende Diagnosen:

Klinisch liege eine sensible Ulnarisneuropathie rechts vor. Neurographisch finde sich als Korrelat einzig eine diskret verlängerte F-Wellenlatenz, was bei normalen

Nervenleitgeschwindigkeiten distal der Mitte des Oberarms für eine leichte proximale Irritation ■ bei entsprechender Vorgeschichte am ehesten im Plexusbereich ■ spreche. Die Amplitude der Muskelantwort sei normal, somit dürfte der Anteil einer axonalen Schädigung gering sein. Gegen eine schwere Myelinschädigung spreche die normale F-Wellen-Persistenz. Wenn die Ulnarissymptomatik erst im Verlauf aufgetreten sei, stelle sich die Frage nach allfälliger Irritation der Nerven durch Narbenzug im Schulterbereich. Die Tatsache, dass die Sensibilität am ulnaren Unterarm intakt sei und die Symptomatik an der ulnaren Hand eher bewegungsunabhängig, spreche gegen ein Thoracic outlet Syndrom.

5.8 Dr. med. M.____, Kreisarzt, führte in seiner Stellungnahme vom 8. Oktober 2014 (Suva-Nr. 149) aus, zumindest eine Teilkausalität zwischen den neurologischen Beschwerden (Missempfindungen an Klein-, Ring- und Mittelfinger rechts) und dem Unfallereignis vom 3. April 2013 könne nicht ausgeschlossen werden. Die leichten Tätigkeiten, ohne Schulterbelastung, seien ab sofort möglich. Falls die Materialtransporte schulterchonend ausgeführt werden könnten, seien sie möglich. Eine Arbeit als Dachdecker sei nicht mit Sicherheit wieder aufzunehmen.

5.9 Im Bericht betreffend die Kreisarztuntersuchung vom 9. März 2015 (Suva-Nr. 214) stellte Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie FMH, folgende Diagnosen:

Vordere untere Schulterluxation rechts mit Bankart-Läsion, Supraspinatusteilläsion

Weitere Diagnosen:

Lumboischialgieformes Schmerzsyndrom bei Diskushernie L3/4 und L4/5 rechts

Chronischer Nikotinabusus

Refluxbeschwerden

Bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung beklage der Versicherte eine schmerzbedingt eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit rechts. Schmerzmittel würden keine mehr eingenommen. Der Nachtschlaf sei gestört wegen Schmerzen beim Liegen auf der rechten Seite. Bei Low grade Infekt werde eine 3-monatige Antibiotika-Therapie mit Dalacin durchgeführt. Diese habe zu einer leichten Verbesserung der Beschwerden geführt. Bei der klinischen Untersuchung seien die Arthroskopienarben reizlos. Im Bereiche der rechten Schulter keine Rötung oder Überwärmung. Im Seitenvergleich keine muskulären Atrophien erkennbar. Schmerzbedingt sei eine Beweglichkeit über Schulterniveau kaum möglich. Deutlich verminderte Kraftentwicklung im Schulterbereich rechts. Jobe positiv, Lift oft-Test nach Gerber leicht positiv mit verminderter Kraftentwicklung im Seitenvergleich. Der Muskelbauch des Bizepses sei rechts im Vergleich zur Gegenseite etwas tiefer getreten. Seitengleiche Trophik der Vorderarmmuskulatur. Zwei Jahre nach Unfall mit selbstreponierter Schulterluxation rechts, Entwicklung einer posttraumatischen Kapsulitis und Schultersteife. Die Beweglichkeit sei auch nach dem zweiten operativen Eingriff schmerzbedingt eingeschränkt. Ursächlich sei eine Low grade Infektion diagnostiziert und nun auch behandelt worden. Dennoch sei es mehr als fraglich, ob eine ausreichende Beweglichkeit und Belastbarkeit für Überkopftätigkeiten, wie sie im bisherigen Beruf als Dachdecker verlangt würden, jemals wieder möglich sein würden. Es bleibe der Effekt der Antibiotika-Therapie abzuwarten. Gleichzeitig solle das Bewegungstraining fortgeführt werden. Aktuell wären aber leichtere, nicht schulterbelastende Tätigkeiten wieder ganztags durchführbar. Die Zumutbarkeit könne wie folgt definiert werden: Aktuell zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg bis

Schulterhöhe. Rechtsseitig sei das Heben und Tragen von Gewichten von 7,5 kg bis Schulterhöhe zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten über Schulterniveau sowie belastete körperferne Tätigkeiten und Tätigkeiten, die eine forcierte Aussenrotation im rechten Schultergelenk erforderten. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen und Schlägen auf das rechte Schultergelenk. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar.

5.10 Dr. med. E.____, B.____, führte in seinem Bericht vom 22. Juni 2015 (Suva-Nr. 240) aus, der Beschwerdeführer komme zur Verlaufskontrolle jetzt 4 Wochen nach Beendigung der Antibiotikatherapie. Alles in Allem signifikante Besserung der Symptomatik, aber noch mit deutlichen Restbeschwerden. Gestörte Nachtruhe mit Schmerzen im Oberarm und Schmerzen bei bestimmten Bewegungen über der Horizontalen und mit Kraftgebrauch. Einen Arbeitsversuch habe der Beschwerdeführer durchgeführt. Eine Steigerung über 50 % scheine im Augenblick nicht machbar zu sein. Immer noch leichte Steifigkeit und restgradige Bewegungseinschränkung mit Schmerzen. Eine Kontrolle bei der IV sei geplant. Die Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne nach Beschwerden erfolgen.

5.11 Dr. med. E.____, B.____, stellte in seinem Bericht vom 16. September 2015 (Suva-Nr. 260) folgende Diagnosen:

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom

Zur Anamnese wurde festgehalten, ein Arbeitsversuch sei begonnen worden. Der Beschwerdeführer arbeite jetzt 5 Stunden. Adäquate Situation aber mit entsprechenden Beschwerden nach einem langen Arbeitstag. Einschlafgefühl Dig. I-III ausstrahlend bis in den Unterarm.

5.12 Im Elektrophysiologie- und neurologischen Sprechstundenbericht vom 10. Oktober 2015 (Suva-Nr. 264) stellte Dr. med. L.____, B.____, folgende neue Diagnosen: «Klinisch Thoracic outlet-Syndrom rechts (G 54.0), Belastungs- und positionsabhängige Schmerzen und Einschlafparästhesien C7-Th1». Zur Beurteilung wurde ausgeführt, klinisch liege eine Schultergürtel-Engpass-Symptomatik vor, mit Angabe der typischen Schonhaltung (Entlastung des Arm-Eigengewichtes) sowie Provokationsfaktoren (Armabduktion/Aussenrotation; schwerere, repetitive Arbeiten mit vorgehaltenem Arm). Passend dazu sei die nebst Schmerzen auftretende Sensibilitätsstörung maximal im Innervationsbereich des unteren Armplexus. Hinweise auf ein zusätzliches Karpaltunnelsyndrom oder ein fassbares Sulcus ulnaris-Syndrom fehlten elektrophysiologisch.

5.13 Dr. med. E.____ hielt in seinem Bericht vom 2. November 2015 (Suva-Nr. 270) fest, bezüglich der Schulter bestehe eine kompensierte Situation. Der Beschwerdeführer arbeite sechs Stunden pro Tag in der Logistikbranche. Das sei für ihn sehr gut durchführbar. Bezüglich der Schulter zeige sich unverändert die Steifigkeit. Eine weitere operative Sanierung sehe er, Dr. med. E.____, im Augenblick als nicht sinnvoll an. Fortsetzen der Arbeitsfähigkeit mit Arbeiten nach Beschwerden. Keine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Abschluss der Behandlung. Kontrolle bei Bedarf.

5.14 Im Bericht betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 27. Januar 2016 (Suva-Nr. 285) führte Dr. med. I.____ aus, bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung werde weiterhin über belastungsabhängige Beschwerden, vor allem bei Überkopfbewegungen, geklagt. Die Schulterbeweglichkeit sei nach wie vor eingeschränkt.

Schmerzmittel würden nicht mehr regelmässig eingenommen. Es werde weiterhin über einen gestörten Nachtschlaf, vor allem beim Liegen auf der rechten Seite geklagt. Auch komme es offenbar intermittierend zu Parästhesien im rechten Arm ohne sichere neurale Zuordnung. Seit November letzten Jahres wieder vermehrt Beschwerden von Seiten des Rückens. Bei der klinischen Untersuchung sei das rechte Schultergelenk reizlos ohne Zeichen von Rötung oder Überwärmung. Die Arthroskopienarben seien unauffällig. Im Seitenvergleich diskrete muskuläre Atrophie im Supraspinatusbereich. Die Kraftentwicklung sei deutlich vermindert. Der Muskelbauch des Bizeps sei rechts, im Vergleich zur Gegenseite, etwas tiefer getreten. Seitengleiche Muskelatrophie an den Armen beidseits. Insgesamt lägen weitgehend unveränderte Befunde vor im Vergleich zur letzten Kreisarztuntersuchung vom März 2015. Trotz erneuter Physiotherapie habe keine wesentliche Verbesserung des Bewegungsumfanges erreicht werden können. Bei eingeschränkter Beweglichkeit und Belastbarkeit für Überkopftätigkeiten sei eine Rückkehr in eine belastende Tätigkeit wie die als Dachdecker nicht mehr möglich. Leichtere, nicht schulterbelastende Tätigkeiten seien aber ganztags durchführbar. Die Zumutbarkeit habe sich gegenüber der letzten Beurteilung 9. März 2015 nicht verändert. Von weiteren Therapien sei keine zusätzliche Verbesserung mehr zu erwarten. Die orthopädische Behandlung sei abgeschlossen. Es könne auch der versicherungsmedizinische Fallabschluss erfolgen. Die Einschränkungen von Seiten des Rückens und der HWS seien angesichts des Fehlens von unfallbedingten strukturellen Veränderungen in den ereignisnahen bildgebenden Abklärungen und bei Vorliegen von doch deutlichen degenerativen Veränderungen klar als unfallfremd zu betrachten.

5.15 Im Bericht betreffend die Beurteilung des Integritätsschadens vom 17. März 2016 (Suva-Nr. 295) führte Dr. med. I.____, Kreisarzt, aus, der Versicherte habe nach einer vorderen unteren Schulterluxation mit Bankart-Läsion sowie Supraspinatus-Teilläsion trotz rekonstruktiver Operation mit Re-Operationen bei Low-grade-Infekt eine persistierend eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit rechts. Eine wesentliche Verbesserung sei nach dieser Zeit nicht mehr zu erwarten. Bei einer Beweglichkeit bis zur (Abduktion), resp. knapp über die Horizontale (Flexion) werde der Integritätsschaden gemäss Tabelle 1.2 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) mit 15 % beziffert.

5.16 In dem von der IV-Stelle veranlassten bidisziplinären Gutachten der J.____, [...], vom 4. Juli 2017 (Suva-Nr. 340, 342 und 343), Orthopädie und Neurologie, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung wurde aus bidisziplinärer Sicht festgehalten, aufgrund der Schulterbeschwerden könnten Tätigkeiten über der Horizontalen mit Gewichten über 5 kg nicht mehr durchgeführt werden. Auch das Tragen von Lasten sei nicht mehr möglich. Aufgrund der Beschwerden in der LWS seien wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten, vornübergebeugte Tätigkeiten, das Tragen von Gewichten >10 kg und langes Sitzen oder Stehen nicht mehr möglich. Für die angestammte Tätigkeit als Dachdecker bestehe seit dem Arbeitsunfall vom 3. April 2013 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Für mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Für eine leichte, vollständig angepasste Tätigkeit sei der Explorand zu 75 % arbeitsfähig. Der Explorand sollte nicht länger als 15 - 30 Minuten in derselben Position verharren müssen. In einer leichten,

vollständig angepassten Tätigkeit sei der Explorand zu 75 % arbeitsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entstehe aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs zur Vermeidung einer Beschwerdeexazerbation.

5.17 In seinem Bericht vom 8. September 2017 (Suva-Nr. 347) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, fest, es bestehe ein erfreulicher Befund mit Fehlen einer strukturellen Läsion im Bereich des N. ulnaris. In der durchgeführten Bildgebung mit MRI der rechten Schulter bestehe kein pathologischer Befund. Auf der anderen Seite hingegen könne die manifeste Parese der ulnaris versorgten Muskeln nicht organisch strukturell zugeordnet werden. Sollte wirklich von schulterorthopädischer Seite keine strukturelle Pathologie nachgewiesen werden, welche die Ulnarisneuropathie erklären könnte, dann müsste die Differenzialdiagnose erweitert werden in die Richtung einer primär neurogenen Erkrankung im Sinne einer Neuronopathie.

5.18 Im Bericht vom 3. Oktober 2017 (Suva-Nr. 354) stellte Dr. med. E.____, B.____, folgende Diagnosen:

Auf die Fragen des Vertreters des Beschwerdeführers gab Dr. med. E.____ folgende Antworten: In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Dachdecker sei der Beschwerdeführer 100%ig arbeitsunfähig. Er habe einen funktionslosen Arm mit deutlich eingeschränkter Schulterfunktion und eingeschränkter Handfunktion, aufgrund der Ulnaris-Neuropathien. Erstens sei es nicht möglich, diesen Beruf auszuführen mit diesen Einschränkungen. Zweitens wäre es gefährlich, in einer so exponierten Tätigkeit zu arbeiten. Eine leidensadaptierte Tätigkeit in einem manuellen Beruf beschränke sich auf eine einarmige Tätigkeit mit dem adominanten linken Arm. Der rechte Arm sei aufgrund der eingeschränkten Schulterfunktion und der eingeschränkten Handfunktion nur zur Unterstützung zu gebrauchen, aber nicht zur Arbeit. Leichte einarmige Sortiertätigkeiten seien dem Beschwerdeführer ganztägig zumutbar. Theoretisch wären auch Beratungstätigkeiten oder administrative Tätigkeiten zumutbar. Schon das Bedienen eines Keyboards am Computer, welches eine gewisse Beidhändigkeit erfordere, sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine konkret ideal leidensadaptierte Tätigkeit wäre eine Einarmtätigkeit links (adominant), leichte Arbeit. 100%ige Arbeitsfähigkeit mit der Möglichkeit, Pausen aufgrund der Schmerzen und Einschränkungen im rechten Arm durchzuführen zu können. Als zusätzliche Einschränkung müsse angegeben werden, dass der Beschwerdeführer einen Unfall im Bereich der linken Hand mit gestörtem Faustschluss mit einer Teil-Amputation von Digitus III gehabt habe. Hier bestünden noch Restbeschwerden. Mit diesen Einschränkungen müsse man davon ausgehen, dass die Feinmotorik der adominanten Hand etwas gestört sei. Der Unfall sei im Februar 2017 gewesen.

5.19 In der neurochirurgischen Beurteilung vom 1. Februar 2018 (Suva-Nr. 359) führte Prof. Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, aus, die elektrophysiologischen Veränderungen seien als unspezifisch einzuschätzen und nicht geeignet, einen strukturellen Schaden am N. ulnaris nachzuweisen. Zudem sei eine Nervenschädigung im Plexusbereich gemäss eigener klinischer Erfahrung bei entsprechendem Trauma sofort bzw. zeitnah symptomatisch und nicht erst nach einem Jahr. Auch würden typische Zeichen einer Plexusschädigung bei einzigem Nachweis einer unspezifischen isolierten leichten N. ulnaris-Irritation fehlen. Auch nach der Einschätzung von Dr. med. E.____ vom 3. Oktober 2017 passe der zeitliche Verlauf nicht zum Trauma und Operation. Eine isolierte N. ulnaris-Läsion nach Schulterluxation sei zwar möglich, aber

äusserst selten. Bei blandem postoperativem Verlauf bei Zustand nach Schulterarthroskopie am 19. November 2013 und 1. Dezember 2014 sei von Seiten von Dr. med. E.____ nach orthopädischer Einschätzung nachvollziehbar ein Zusammenhang der Schulterpathologie mit der N. ulnaris-Symptomatik als überwiegend wenig wahrscheinlich erachtet worden. Ein MRT der Schulter rechts von 2017 habe eine strukturelle Nervenläsion als Folge des initialen Ereignisses ausschliessen können, keine relevante Muskelatrophie.

Differentialdiagnostisch werde von Dr. med. D.____ eine mögliche N. Ulnarisneuropathie oder die seltene neuralgische Schulteramyotrophie diskutiert. Bei letzterer imponiere eine schwere motorische Schwäche der vom Plexus versorgten Muskulatur ■ die wiederholten elektrophysiologischen Untersuchungen hätten eine solche Pathologie nicht nachweisen können und relevante Muskelatrophien würden im MRI fehlen. Auch ein relativ häufig auftretendes Engpassyndrom im Sulcus ulnaris am Ellbogen sei elektrophysiologisch mehrfach ausgeschlossen worden (Dr. med. D.____ 12. Oktober 2017, Dr. med. L.____ 10. Oktober 2015). Eine probatorische Dekompression/Neurolyse des N. ulnaris sei daher vom Neurologen Dr. med. D.____ nachvollziehbar nicht empfohlen worden. Der Versicherte sei bei erstmaliger Angabe und Dokumentation von sensiblen Störungen im Bereich der rechten Hand/Arm ca. ein Jahr nach dem initialen Ereignis wiederholt neurologisch und elektrophysiologisch u.a. in einem bidisziplinärem Gutachten 2017 untersucht worden. Es seien keine distalen N. ulnaris assoziierten Paresen dokumentiert und keine den N. ulnaris betreffende Diagnose gestellt worden. Im Verlauf von 2017 werde eine schwere distalbetonte Schwäche der vom N. ulnaris versorgten Muskeln beschrieben. Den beklagten Beschwerden im Versorgungsgebiet des N. ulnaris rechts liessen sich in der MRT-Untersuchung keine strukturellen Nervenläsionen als Korrelat nachweisen. Differenzialdiagnostisch müsse nach Einschätzung des Neurologen Dr. med. D.____ eine primäre Nervenerkrankung erwogen werden. Die beschriebenen Beschwerden und Befunde betreffend das N. ulnaris-Versorgungsgebiet seien bei Fehlen der echtzeitlichen Beschwerden bis ca. ein Jahr nach dem Ereignis, untypischem Verlauf nach Schulterpathologie rechts, normaler klinischer Befunde (Dr. med. N.____ / [...]) in der Bildgebung sowie fehlender elektrophysiologischer spezifischer Zeichen einer Nervenläsion überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem initialen Ereignis vom 3. April 2013. Zusammenfassend hielt Prof. Dr. med. C.____ fest, die Ulnarisneuropathie sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 3. April 2013 zurückzuführen. Es zeigten sich auch keine spezifischen Befunde in der Elektrophysiologie für eine neuralgische Amyotrophie. Zudem fehle eine Muskelatrophie im MRT der rechten Schulter 2017. Das Vorliegen dieser seltenen Erkrankung sei wenig wahrscheinlich. Schliesslich sei keine Sulcus ulnaris-Läsion festgestellt worden und eine eventuelle probatorische Operation nicht unfallkausal zum initialen Ereignis.

5.20 Im Bericht vom 15. März 2018 führte Dr. med. E.____, B.____ (Suva-Nr. 368), zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers aus, der Notfallbericht betreffend den Unfall vom 3. April 2013 zeige keine Auffälligkeiten, was die neurologische Problematik angehe, weil man hier einschränkend sagen müsse, dass der Beschwerdeführer entsprechende Schmerzen habe, entsprechende Analgetika gehabt habe und hier nur sehr oberflächlich untersucht worden sei. Erstmals bei der Suva-Untersuchung vom 27. März 2014 sei eine Kraftminderung beim Faustschluss rechtsseitig aufgefallen (12 kg vs. 23 kg links). Zu diesem Zeitpunkt hätten sich die Sensibilität im rechten Arm ab der Schulter diffus zirkulär vermindert und ein Extensionsdefizit im Kleinfinger gezeigt. Am 5. September 2014 sei eine neurologische Beurteilung durchgeführt worden, welche eine

proximale Ulnaris-Neuropathie gezeigt habe, aber keine Pathologie im Sulcus. Die Beurteilung der Neurologie (Bericht vom 5. September 2014 von Dr. med. L.____) spreche klinisch und anamnestisch am ehesten für einen Plexusschaden. Dies sei auch mit dem Trauma mit einer Luxation gut zu erklären. Auch mit den aktuellen Befunden und Problemen sei die Frage nur sehr schwierig zu beantworten. Der Beschwerdeführer habe ein Trauma erlitten, welches sich absolut dafür qualifiziere, einen Plexusschaden hervorzurufen. Das Trauma, der zeitliche Verlauf, die Anamnese, auch die Schultersteife, welche in Zusammenhang stehen könne mit neurologischen Problemen, passe ganz hervorragend dazu. Der Beschwerdeführer sei vorher körperlich aktiv gewesen und habe nie vergleichbare Probleme gehabt. Ein Anzeichen für ein Thoracic outlet habe nicht bestanden, einzig der zeitliche Zusammenhang zu diesem Unfall. Aus diesem Grund würde er, Dr. med. E.____, diesen mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der neurologischen Problematik des Beschwerdeführers sehen. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. E.____ fest, zumutbar wären dem Beschwerdeführer sitzende Arbeiten, administrative Tätigkeiten, beratende Tätigkeiten ganztätig. Leichte manuelle Tätigkeiten, wozu auch Bürotätigkeiten zählen würden mit der Bedienung einer Maus bzw. eines Keyboards mit entsprechenden Pausen. Zur Aktenbeurteilung der Suva vom 1. Februar 2018 sei Folgendes anzumerken: Entgegen den Vorschlägen des Neurologen sei nach der Beurteilung durch ihn, Dr. med. E.____, und dem Handchirurgen Dr. med. F.____, die Indikation für eine Dekompression des Nervus ulnaris im Sulcusbereich gestellt worden. Das sei die Stelle, an der der Beschwerdeführer die grössten Probleme gehabt habe, welche sich aber in den neurologischen Untersuchungen nie als relevant gezeigt hätten. Die Entscheidung sei rein klinisch getroffen worden. Die Beschwerden des Beschwerdeführers hätten einen zunehmenden Charakter. Keine Besserungstendenz. Aus diesem Grund dieses ungewöhnliche Vorgehen. Während der Operation habe sich ein Kalibersprung im Nerv im Bereich des Sulcus nervi ulnaris gezeigt, also eine klare mechanische Einengung. Direkt nach der Operation habe der Beschwerdeführer eine eindeutige Besserungstendenz angegeben. Der weitere Verlauf müsse sicherlich abgewartet werden. Die Dokumentation des Nervenschadens sei deutlich verzögert aufgetreten, wobei man sagen müsse, dass die Berichte des B.____ sich hauptsächlich auf die Schulter konzentriert hätten und unter Umständen die Probleme vom Beschwerdeführer nie klar beschrieben und von den behandelnden Ärzten des B.____ nie klar untersucht worden seien.

5.21 In der neurochirurgischen Beurteilung vom 3. Juli 2018 (Suva-Nr. 385) führte Prof. Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, aus, gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 28. März 2014, ein Jahr nach dem initialen Ereignis, seien vom Beschwerdeführer diffuse anatomisch nicht zuzuordnende Sensibilitätsstörungen am rechten Arm angegeben worden. Der Versicherte sei bei erstmaliger Angabe und Dokumentation von sensiblen Störungen im Bereich der rechten Hand / Arm ca. ein Jahr nach dem initialen Ereignis wiederholt neurologisch und elektrophysiologisch u.a. in einem bidisziplinären Gutachten 2017 untersucht worden. Es seien keine distalen N. ulnaris assoziierte Paresen dokumentiert gewesen und keine den N. ulnaris betreffende Diagnose gestellt worden. Im Verlauf von 2017 werde eine schwere distalbetonte Schwäche der vom N. ulnaris versorgten Muskeln rechts beschrieben. Den beklagten Beschwerden im Versorgungsgebiet des N. ulnaris rechts liessen sich in der MRT-Untersuchung keine strukturellen Nervenläsionen als Korrelat nachweisen. Differenzialdiagnostisch sei vom Neurologen Dr. med. D.____ eine primäre Nervenerkrankung diskutiert worden. Gemäss erneuter neurologischer Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 2. Februar 2018 sei

basierend auf den elektrophysiologischen Untersuchungen von August 2017 zumindest zum damaligen Zeitpunkt keine Ulnarisneuropathie im Sulcusbereich detektierbar gewesen. Der Versicherte sei am 20. Februar 2018 von Dr. med. E.____ in der Orthopädie, B.____, am N. ulnaris rechts operiert worden. Basierend auf den neu vorgelegten Unterlagen gebe es keine neuen Aspekte, die die Schlussfolgerung der Beurteilung vom 1. Februar 2018 ändern würden. Die Ulnarisneuropathie sei eine häufige und überwiegend häufig unfallfremde Pathologie. Die beschriebenen Beschwerden und Befunde betreffend das N. ulnaris-Versorgungsgebiet seien bei Fehlen der echtzeitlichen Beschwerden bis ca. ein Jahr nach dem Ereignis, untypischem Verlauf nach Schulterpathologie rechts, normaler klinischer Befunde in der Bildgebung sowie fehlender elektrophysiologischer Zeichen einer Nervenläsion überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem initialen Ereignis vom 3. April 2013. Sodann gebe es aus versicherungsmedizinischer Sicht keine neuen Aspekte betreffend die Schulter, die eine Anpassung des vom Kreisarzt formulierten Zumutbarkeitsprofils erforderlich machen würden, siehe Beurteilung Kreisarzt Dr. I.____ vom 27. Januar 2016. Eine angepasste Tätigkeit als Zusatzjob sei gemäss Zumutbarkeitsprofil zumutbar. Die Jobbeschreibung als Hauswart, die im Moment von der Ehefrau des Versicherten übernommen worden sei, mit ca. sechs bis sieben Wochenstunden, sei mit dem Zumutbarkeitsprofil vereinbar.

5.22 Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in seinem Bericht vom 28. August 2018 (Suva-Nr. 392) aus, am 20. Februar 2018 sei ein Release und eine Vorverlagerung des N. ulnaris am Ellenbogen rechts bei klinisch Sulcus ulnaris-Syndrom, neurologisch proximale Ulnaris-Neuropathie im Schulterbereich rechts mit Muskelatrophie und Minderinnervation, durchgeführt worden. Durch diese Operation sei ein grosser Teil der störenden Beschwerden im Ellenbogen / Hand ■ plötzliche stromstossartige Schmerzen, Kribbeln der Finger ■ fast vollständig verschwunden, das motorische Defizit habe sich jedoch noch nicht wesentlich verbessert. Die Beschwerden in der rechten Schulter, welche schon lange bestünden, würden nicht zu einer proximalen Ulnarisneuropathie passen, sie seien eher dem protrahieren Verlauf mit posttraumatischer Capsulitis und späterer Revision bei Infekt zuzuschreiben, eine relevante Läsion der SSP-Sehne habe im MRI der Schulter im September 2017 ausgeschlossen werden können.

5.23 Im Bericht vom 29. August 2018 (Suva-Nr. 395) wurde von Dr. med. E.____, B.____, bezüglich der Anamnese ausgeführt, der Beschwerdeführer komme zur geplanten klinischen Verlaufskontrolle sechs Monate nach Dekompression des Nervus ulnaris rechts. Die Problematik mit dem Einschlafen im Ulnarisversorgungsgebiet sei nun nicht mehr vorhanden. Jedoch klage er darüber, dass sich die Finger II bis IV der rechten Hand bei einem kräftigen Faustschluss stark verkrampften, was ihn sehr behindere. Er könne Dinge nicht länger als 10 Minuten in der rechten Hand halten, dann fingen die Krämpfe an. Er sei gelernter Dachdecker. Diese Tätigkeit könne er mit den aktuellen Beschwerden nicht mehr ausführen. Zur Beurteilung wurde festgehalten, sechs Monate postoperativ nach Dekompression des rechten Nervus ulnaris im Sulcus, zeige sich der Beschwerdeführer bezüglich der Ulnarispathologie nahezu beschwerdefrei. Das Verkrampfen der Finger bei kräftigem Faustschluss könne man sich hierdurch nicht erklären. Aufgrund der Gesamtsituation sehe man für den Beschwerdeführer keine Möglichkeit mehr, in seinem alten Beruf als Dachdecker zu arbeiten. Leichte Tätigkeiten im administrativen und beratenden Bereich seien ihm durchaus zuzumuten.

5.24 Im Bericht vom 28. September 2018 (Suva-Nr. 399) diagnostizierte Dr. med. F.____, Handchirurgie, B.____, einen Verdacht auf eine fokale Dystonie am rechten Arm bei Ulnaris-Neuropathie mit Dekompression und St. nach einer post-subkutanen Vorverlagerung bei deutlicher Instabilität vom 20. Februar 2018. In diesem Zusammenhang erhob Dr. med. F.____ folgende Befunde: «Rechter Ellenbogen: Reizlose Narbenverhältnisse, Keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung. Keine Hyperhidrose oder Hypertrichose. Positives Hoffmann-Tinel-Zeichen. Rechte Hand: Im Vergleich zur Gegenseite deutliche Muskelatrophie der Handbinnenmuskulatur, insbesondere im 1. Interdigitalraum. Flexion/Extension 50/0/60°, Pro-/Supination 80/0/70°, Radial-Ulnardeviation 10/0/20°. Nicht vollständig kraftvolles Abspreizen der Finger im Sinne der Ulnaris-Kompressionsneuropathie. Ein Faustschluss ist kräftig möglich. Die Sensibilitätsstörung besteht nicht mehr. Es zeigt sich deutlich ein Faszikulieren der Handbinnenmuskulatur.» Zur Beurteilung führte Dr. med. F.____ aus, er schliesse sich Dr. med. E.____ in der Beurteilung an, dass der manuell sehr anspruchsvolle und auch gefährliche Beruf des Dachdeckers mit der aktuellen Befundkonstellation nicht mehr zu vereinbaren sei. Hinsichtlich der Ulnaris-Pathologie sei die Problematik nicht ganz einfach. Er, Dr. med. F.____, denke, hier könne entweder eine proximale Ulnaris-Pathologie, vielleicht auch schon ein Plexus nach Schulterinstabilität vorliegen. Da sich diese klinisch aber hauptsächlich durch Faszikulationen und Muskelatrophie zeige, habe er, Dr. med. F.____, den Eindruck, dass es sich hier eher um eine fokale Dystonie handle.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihren Rechtschriften im Wesentlichen auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 9. März 2015 (Suva-Nr. 214) und vom 27. Januar 2016 (Suva-Nr. 285) sowie die neurochirurgischen Beurteilungen von Prof. Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, Suva Versicherungsmedizin, vom 1. Februar 2018 (Suva-Nr. 359) und vom 3. Juli 2018 (Suva-Nr. 385) weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Auch 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. 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 135 V 465 E. 4.4. S. 470 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_481/2016 vom 18. Januar 2017 E. 2.2).

6.2

6.2.1 Hinsichtlich der umstrittenen Unfallkausalität der Ulnaris-Neuropathie bzw. eines strukturellen Schadens am Nervus Ulnaris verneinte Dr. med. C.____, Suva-Versicherungsmedizin, in ihren neurochirurgischen Beurteilungen vom 1. Februar 2018 und vom 3. Juli 2018 eine diesbezügliche Kausalität zum Unfallereignis vom 3. April 2013 nachvollziehbar: Die elektrophysiologischen Veränderungen seien als unspezifisch einzuschätzen und nicht geeignet, einen strukturellen Schaden am N. ulnaris nachzuweisen. Zudem sei eine Nervenschädigung im Plexusbereich gemäss eigener klinischer Erfahrung bei entsprechendem Trauma sofort bzw. zeitnah symptomatisch und nicht erst nach einem Jahr. Auch würden typische Zeichen einer Plexusschädigung bei einzigem Nachweis einer unspezifischen isolierten leichten N. ulnaris-Irritation fehlen. Der Versicherte sei bei

erstmaliger Angabe und Dokumentation von sensiblen Störungen im Bereich der rechten Hand/Arm ca. ein Jahr nach dem initialen Ereignis wiederholt neurologisch und elektrophysiologisch u.a. in einem bidisziplinären Gutachten 2017 untersucht worden. Es seien keine distalen N. ulnaris assoziierte Paresen dokumentiert gewesen und keine den N. ulnaris betreffende Diagnose gestellt worden. Im Verlauf von 2017 werde eine schwere distalbetonte Schwäche der vom N. ulnaris versorgten Muskeln rechts beschrieben. Differentialdiagnostisch werde von Dr. med. D. ___ eine mögliche N. Ulnarisneuropathie oder die seltene neuralgische Schulteramyotrophie diskutiert. Bei letzterer imponiere eine schwere motorische Schwäche der vom Plexus versorgten Muskulatur ■ die wiederholten elektrophysiologischen Untersuchungen hätten eine solche Pathologie nicht nachweisen können und relevante Muskelatrophien würden im MRI fehlen. Auch ein relativ häufig auftretendes Engpasssyndrom im Sulcus ulnaris am Ellbogen sei elektrophysiologisch mehrfach ausgeschlossen worden (Dr. D. ___ 12. Oktober 2017, Dr. med. L. ___ 10. Oktober 2015). Die beschriebenen Beschwerden und Befunde betreffend das N. ulnaris-Versorgungsgebiet seien bei Fehlen der echtzeitlichen Beschwerden bis ca. ein Jahr nach dem Ereignis, untypischem Verlauf nach Schulterpathologie rechts, normalen klinischen Befunden (Dr. med. N. ___ / [...]) in der Bildgebung sowie fehlenden elektrophysiologischen spezifischen Zeichen einer Nervenläsion überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem initialen Ereignis vom 3. April 2013.

Der dieser Kausalitätsbeurteilung entgegenstehende Bericht von Dr. med. E. ___ vom 5. März 2018 vermag die überzeugende Beurteilung von Dr. med. C. ___ nicht umzustossen und auch nicht nur geringe Zweifel daran zu begründen. Dr. med. E. ___ führte in diesem Zusammenhang aus, die Beurteilung der Neurologie (Bericht vom 5. September 2014 von Dr. med. L. ___) spreche klinisch und anamnestisch am ehesten für einen Plexusschaden, dies sei auch mit dem Trauma mit einer Luxation gut zu erklären, das Trauma, der zeitliche Verlauf, die Anamnese, auch die Schultersteife, welche in Zusammenhang mit neurologischen Problemen stehen könne, passe ganz hervorragend dazu. Diese Ansicht wird von Dr. med. E. ___ aber kaum begründet. Entgegen der neurochirurgischen Beurteilung von Dr. med. C. ___, welche wohlbegründet ist, legt Dr. med. E. ___ nicht dar, wie er zu seiner Einschätzung gelangt, sondern belässt es im Wesentlichen bei einer Kundgabe seiner Meinung. Soweit Dr. med. E. ___ sodann zur Begründung der Kausalität anführt, der Beschwerdeführer sei vorher körperlich aktiv gewesen und habe nie vergleichbare Probleme gehabt, stützt er sich hierbei auf die unzulässige Formel «post hoc, ergo propter hoc». Gemäss ständiger Rechtsprechung kann diese Formel ■ nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist ■ nicht als Beweis betrachtet werden (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Des Weiteren bringt Dr. med. E. ___ zur Begründung vor, ein Anzeichen für ein Thoracic outlet habe nicht bestanden, einzig der zeitliche Zusammenhang zu diesem Unfall, was aber ebenfalls nicht korrekt ist. So wurde im Bericht des B. ___ vom 10. Oktober 2015 von Dr. med. L. ___ ein Thoracic outlet Syndrom diagnostiziert (Suva-Nr. 264). Hinzu kommt, dass allfällige neurologische Beschwerden erstmals im kreisärztlichen Bericht vom 27. März 2014 erwähnt wurden und damit erst mehr als ein Jahr nach dem Unfall vom 3. März 2013, was einen Kausalzusammenhang mit einer allfälligen Nervenschädigung ebenfalls als wenig wahrscheinlich erscheinen lässt. Wenn Dr. med. E. ___ in diesem Zusammenhang als Erklärung angibt, der Notfallbericht betreffend den Unfall vom 3. April 2013 zeige keine Auffälligkeiten auf, was die neurologische

Problematik angehe, weil man hier einschränkend sagen müsse, dass der Beschwerdeführer entsprechende Analgetika gehabt habe und hier nur sehr oberflächlich untersucht worden sei, so vermag dies nichts am Umstand zu ändern, dass es bis zu einem Jahr nach dem Unfall an echtzeitlichen Nachweisen allfälliger neurologischer Beschwerden fehlt und diese demnach in diesem Zeitraum nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sind. In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Bericht von Dr. med. E. ___ auch deswegen verminderter Beweiswert zuzumessen ist.

An der beweismässigen Kausalitätsbeurteilung bezüglich der Beschwerden am N. Ulnaris von Dr. med. C. ___ vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. So wurde entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers die Teilkausalität betreffend diese Beschwerden im kreisärztlichen Bericht vom 8. Oktober 2014 nicht bejaht. Vielmehr hielt der Kreisarzt darin lediglich fest, eine Teilkausalität zwischen den neurologischen Beschwerden (Missempfindungen an Klein-, Ring- und Mittelfinger rechts) und dem Unfallereignis vom 3. April 2013 könne zumindest nicht ausgeschlossen werden, womit aber eine überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht erstellt ist. In diesem Zusammenhang ist zudem anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin die diesbezügliche Unfallkausalität nicht anerkannt hat, auch wenn sie vorübergehend Versicherungsleistungen erbracht hat. Soweit der Beschwerdeführer weiter rügt, Dr. med. C. ___ habe ihn nicht persönlich untersucht, weshalb ihrer Beurteilung kaum Beweiswert zuzumessen sei, ist festzuhalten, dass dies deren Beweiskraft nicht entgegensteht. Denn auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es wie im vorliegenden Fall im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_697/2012 vom 6. November 2012 E. 1.4 mit Hinweisen). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Beurteilung von Dr. med. C. ___ umfangreiche medizinische Vorakten zugrunde lagen und der Beschwerdeführer bereits mehrfach kreisärztlich untersucht worden war.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers verneinte sodann auch der behandelnde Neurologe, Dr. med. D. ___, eine unfallkausale neurologische Schädigung. So hielt er in seinem Bericht vom 8. September 2017 (Suva-Nr. 347) fest, es bestehe ein erfreulicher Befund mit Fehlen einer strukturellen Läsion im Bereich des N. ulnaris. In der durchgeführten Bildgebung mit MRI der rechten Schulter bestehe kein pathologischer Befund. Auf der anderen Seite hingegen könne die manifeste Parese der ulnaris versorgten Muskeln nicht organisch strukturell zugeordnet werden. Sollte wirklich von schulterorthopädischer Seite keine strukturelle Pathologie nachgewiesen werden, welche die Ulnarisneuropathie erklären könnte, dann müsste die Differenzialdiagnose erweitert werden in die Richtung einer primär neurogenen Erkrankung im Sinne einer Neuronopathie. Im Übrigen sprechen sich auch die nach der neurochirurgischen Beurteilung von Dr. med. C. ___ eingegangenen Berichte von Dr. med. G. ___ vom 28. August 2018 (Suva-Nr. 392) sowie von Dr. med. F. ___ vom 28. September 2018 (Suva-Nr. 399) nicht für eine diesbezügliche Unfallkausalität aus. Demnach ist es zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität bezüglich der Ulnarisbeschwerden verneint hat.

6.2.2 Ebenso muss aufgrund der vorliegenden Akten und in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Suva-Ärzte die vom Beschwerdeführer behauptete direkte unfallkausale Verursachung der Rückenbeschwerden bzw. der Diskushernie verneint werden. Gemäss der gestützt auf die medizinische Lehre ergangenen bundesgerichtlichen Rechtsprechung entstehen praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen. Ein Unfallereignis fällt nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 E. 2a [U 138/99] mit Hinweis auf das Urteil U 159/95 vom 26. August 1996, E. 1b). Dies ist vorliegend zu verneinen, da die Arbeitsfähigkeit anfänglich ausschliesslich aufgrund der Schulterverletzung bestand. Aktenkundig wurden die Rückenbeschwerden erst mit dem MRI-Bericht vom 16. Juli 2013 (Suva-Nr. 42). Als direkte Unfallfolge erscheinen Diskushernien bzw. Bandscheibenvorfälle zudem stets mit begleitenden (minimalen) knöchernen oder Bandverletzungen im betroffenen Segment (Alfred Schönberger / Gerhard Mehrrens / Helmut Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Aufl. 2017, S. 460), was vorliegend ausgeschlossen werden kann. Ebenfalls zu verneinen ist eine dauernde unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestandenen degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule. Eine solche kann nur als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, U 355/98; Urteile 8C_416/2010 vom 29. November 2010 E. 3.1 und 8C_51/2010 vom 21. Mai 2010 E. 2.2). Zudem muss eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Auch diese Kriterien sind vorliegend nicht gegeben. Soweit sich der Beschwerdeführer darauf stützt, er habe vorher an keinerlei Rückenbeschwerden gelitten, ist wiederum auf die vorerwähnte «post hoc, ergo propter hoc»-Rechtsprechung zu verweisen (vgl. E. II. 6.2.1 hiervor), womit dieses Argument keine zulässige Begründung darstellt.

6.2.3 Des Weiteren ist das kreisärztlich festgelegte Zumutbarkeitsprofil umstritten. Dr. med. I. ____, Facharzt für Chirurgie FMH, Kreisarzt, statuierte in seinem Bericht vom 9. März 2015 folgendes Zumutbarkeitsprofil, worauf sich auch die Beschwerdegegnerin abstützte: Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg bis Schulterhöhe. Rechtsseitig sei das Heben und Tragen von Gewichten von 7,5 kg bis Schulterhöhe zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten über Schulterniveau sowie belastete körperferne Tätigkeiten und Tätigkeiten, die eine forcierte Aussenrotation im rechten Schultergelenk erforderten. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen und Schlägen auf das rechte Schultergelenk. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Dieses Zumutbarkeitsprofil vermag im Lichte der übrigen medizinischen Akten und des Umstandes, dass, wie vorgehend ausgeführt, weder die Ulnaris- noch die Rückenbeschwerden unfallkausal sind, zu überzeugen. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang zudem korrekt festhielt, gründet die im J. ____ -Gutachten vom 4. Juli 2017 statuierte Arbeitsunfähigkeit von 25 % alleine auf den im neurologischen Teilgutachten eruierten vermehrten Pausenbedarf aufgrund der LWS-Beschwerden, welche jedoch nicht unfallkausal und demnach nicht zu berücksichtigen sind. So wurde im

neurologischen Teilgutachten der J.____ (Suva-Nr. 341) festgehalten, beim Exploranden bestehe bei belastungsabhängigen Beinschmerzen und Parästhesien rechts bei im MRI der LWS von 03/17 ersichtlicher Kompression der S1-Wurzel rechts eine S1-Radikulopathie rechts. Daher sei der Explorand aus neurologischer Sicht in seiner ursprünglichen Tätigkeit als Dachdecker sowie in anderen körperlich schweren Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. In einer Verweistätigkeit sei der Explorand aus rein neurologischer Sicht zu 75 % arbeitsfähig, sofern folgende Einschränkungen eingehalten würden: Verzicht auf jegliche stärkeren körperlichen Tätigkeiten, kein Heben schwerer Lasten über 5 kg, kein kontinuierliches Stehen oder Gehen. Regelmässige Möglichkeit zum Lagewechsel muss gegeben sein. Der Explorand sollte nicht länger als 15 - 30 Minuten in derselben Position verharren müssen. Im Rahmen eines angepassten Arbeitsplatzes sei der Explorand mit einem 75%-Pensum einsatzfähig. Auch im orthopädischen Teilgutachten der J.____ (Suva-Nr. 343) wird eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht nur betreffend die LWS festgelegt, während bezüglich der Schulter lediglich ein eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil resultierte: Aufgrund der Schulterbeschwerden könnten Tätigkeiten über der Horizontalen mit Gewichten über 5 kg nicht mehr durchgeführt werden. Auch das Tragen von Lasten sei nicht mehr möglich. Aufgrund der Beschwerden in der LWS seien wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten, vornübergebeugte Tätigkeiten, das Tragen von Gewichten >10 kg und langes Sitzen oder Stehen nicht mehr möglich. Somit ist klar, dass sich die in der gutachterlichen Gesamtbeurteilung aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs festgelegte eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 75 % nur aus den nicht unfallkausalen LWS-Beschwerden ableitet. Demnach ändert diese nichts an der beweiswertigen kreisärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Daran vermag auch die Einschätzung von Dr. med. E.____ in seinen Berichten vom 22. Juni 2015 und 2. November 2015, wonach der Beschwerdeführer lediglich zu 50 % arbeitsfähig sei, nichts zu ändern. So begründet Dr. med. E.____ darin seine Einschätzung nicht weiter und er scheint sich diesbezüglich vor allem auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abzustützen, welcher den damaligen Arbeitsversuch nicht über ein Pensum von 50 % zu steigern vermochte (vgl. Bericht von Dr. med. E.____ vom 22. Juni 2015; Suva-Nr. 240). Insofern Dr. E.____ schliesslich in seinem Bericht vom 3. Oktober 2017 (Suva-Nr. 354) davon ausgeht, dem Beschwerdeführer sei nur noch eine einarmige Tätigkeit zumutbar, so ist darauf hinzuweisen, dass er hierbei eben auch die nicht unfallkausalen Ulnaris-Neuropathien berücksichtigt, womit seine Einschätzung vorliegend nicht weiterführend ist. Somit kann zusammenfassend auf die vorgenannte überzeugende Arbeitsfähigkeits- und Zumutbarkeitsbeurteilung des Suva-Arztes abgestellt werden.

6.2.4 Sodann rügt der Beschwerdeführer, die Suva-Ärzte hätten sich nicht mit den Resultaten des Arbeitsversuchs auseinandergesetzt. Diesbezüglich ist anzufügen, dass gestützt auf einen Arbeitsversuch keine endgültigen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden können. Letztlich ist es Sache der medizinischen Gutachter, die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch zu bestimmen, zumal das Resultat eines Arbeitsversuchs auch durch invaliditätsfremde Faktoren beeinflusst werden kann. Da die Beurteilung der Gutachter schlüssig und beweiswertig ist, vermöchte auch ein allfälliger Abbruch eines Arbeitsversuchs daran nichts zu ändern.

6.2.5 Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, die Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. C.____, wonach der Beschwerdeführer trotz der unfallkausalen Schulterbeschwerden einer Nebentätigkeit als Hauswart noch nachgehen können solle, sei

nicht nachvollziehbar. Dieser Einwand erscheint angesichts des durch die Suva-Ärzte statuierten Zumutbarkeitsprofils und der Beurteilung des Integritätsschadens durch Dr. med. E.____ vom 17. März 2016 (Suva-Nr. 295), wonach der Beschwerdeführer seinen Arm bis knapp zur Horizontalen (Abduktion) bzw. knapp über die Horizontale (Flexion) bewegen könne, berechtigt. Wie aus dem Stellenbeschrieb der Hauswartsstelle, welche der Beschwerdeführer vor dem Unfall innehatte, ersichtlich, hat sich ein Hauswart unter anderem um die Beleuchtung und die Schneeräumung zu kümmern (vgl. Suva-Nr. 384, S.1). Dass der Beschwerdeführer diese Tätigkeiten mit seinen Einschränkungen noch wird ausüben können, erscheint eher unwahrscheinlich. Dies führt aber im Resultat nicht dazu, dass nicht mehr auf die ansonsten überzeugenden Beurteilungen von Dr. med. C.____ abgestellt werden könnte. Jedoch wird dies, wie unter E. 7. hiernach darzulegen ist, bei der Berechnung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen sein, da die Beschwerdegegnerin dort bislang das Zusatzeinkommen als Hauswart von CHF 7'800.00 miteinrechnet.

7.

7.1 Sodann ist zu prüfen, ob die von der Beschwerdegegnerin angewandten DAP-Löhne (Suva-Nr. 310) korrekt sind. Das Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht) hat in einem Grundsatzurteil vom 28. August 2003 (BGE 129 V 472) Bedingungen für die Anwendbarkeit der DAP formuliert. Danach genügt es nicht, wenn bloss einige wenige zumutbare Arbeitsplätze angegeben würden, weil es sich dabei sowohl hinsichtlich der Tätigkeit wie auch des bezahlten Lohnes um Sonder- und Ausnahmefälle handeln könne. Es sei in quantitativer Hinsicht zwar ausreichend, wenn im Einzelfall die Profile von fünf geeigneten und zumutbaren Arbeitsplätzen vorgelegt würden. Der Unfallversicherer habe aber zusätzlich Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze zu machen sowie über den Höchst-, den Tiefst- und den Durchschnittslohn der dem jeweiligen Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Mit diesen Angaben lasse sich überprüfen, ob die von der Versicherung vorgelegten Profile repräsentativ seien und ob die Versicherung einen korrekten Ermessensentscheid getroffen habe. Der versicherten Person seien diese Angaben so offen zu legen, dass sie im Einspracheverfahren allfällige Einwendungen erheben könne. Sei die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, so könne im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Vergleich abgestellt werden (E.4.2.1 und 4.2.2). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile seien Abzüge vom System der DAP her nicht sachgerecht und nicht zulässig (E.4.2.3).

7.2 Die fünf von der Beschwerdegegnerin vorgelegten DAP-Arbeitsplatzprofile (SA 310) sind mit dem vorgenannten Zumutbarkeitsprofil (E. II. 6.2.3 hiervor) vereinbar und insoweit nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin machte zudem Angaben über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe (SA 310 S. 1 ff). Der von der Suva errechnete Betrag von CHF 61'330.00 entspricht dabei dem Durchschnitt der Löhne gemäss den fünf ausgewählten DAP-Blättern und liegt im Rahmen der Durchschnittslöhne der entsprechenden Gruppe. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht von einem hypothetischen Verdienst in dieser Höhe ausgegangen. Soweit der Beschwerdeführer rügt, dass die gewählten DAP-Blätter eine Anlehre voraussetzen würden, welche nicht vorhanden sei, ist ihm entgegenzuhalten, dass es sich bei der in den DAP-Blättern genannten Anlehre nicht um eine solche im Sinne von Art. 49 des Bundesgesetzes über die Berufsbildung handelt,

sondern um eine in der Regel kurz dauernde Einarbeitung in den neuen Arbeitsbereich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom

E. 21

des Einspracheentscheides). Daraus resultiert ■ in Abweichung zum angefochtenen Einspracheentscheid ■ ein Invaliditätsgrad von gerundet 20 %, womit die Beschwerde in diesem Punkt teilweise gutzuheissen ist.

8. Schliesslich ist auf die von Seiten des Beschwerdeführers bestrittene Einschätzung der Integritätsentschädigung durch Dr. med. I. ___ (Suva-Nr. 295) einzugehen.

8.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder einer Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Der Bundesrat hat in diesem Anhang Bemessungsregeln aufgestellt und in einer nicht abschliessenden (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 47) Skala wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet. Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 der Richtlinien im Anhang 3, ferner Art.

E. 25

Abs. 1 UVG). Die Liste der Integritätsschäden sieht von allen individuellen Besonderheiten der Auswirkung ab und gibt eine abstrakte Schätzung für einen Durchschnittsmenschen. Es wird somit nur jene «Schwere» berücksichtigt, die einem Integritätsschaden solcher Art bei einem Durchschnittsmenschen beigemessen werden kann (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 36 ff und 45 ff). Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, a.a.O., S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, einerseits die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten und andererseits die sachgemässe Einstufung im Rahmen der erwähnten Liste vorzunehmen (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31).

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva-Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 - 22). Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziffer 1 vom Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den Regelfall gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis).

Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen.

8.2 In seinem Bericht betreffend die Beurteilung des Integritätsschadens vom 18. März 2016 (Suva-Nr. 295) hielt Dr. med. I.____ fest, der Versicherte habe nach einer vorderen unteren Schulterluxation mit Bankart-Läsion sowie Supraspinatus-Teilläsion trotz rekonstruktiver Operation mit Re-Operationen bei Low-grade-Infekt eine persistierend eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit rechts. Eine wesentliche Verbesserung sei nach dieser Zeit nicht mehr zu erwarten. Bei einer Beweglichkeit bis zur (Abduktion), resp. knapp über die Horizontale (Flexion) werde der Integritätsschaden gemäss Tabelle 1.2 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) mit 15 % beziffert.

8.3 Dagegen vertritt der Beschwerdeführer die Ansicht, gemäss Suva-Tabelle 7 sei bei Diskushernien mit geringen Dauerschmerzen, welche bei Belastung zunehmen würden, aber auch in Ruhe vorhanden seien, eine Integritätsentschädigung von 10 - 20 % zu gewähren. Sodann seien die Funktionsausfälle im rechten Arm und rechten Finger mitzubersichtigen. Eine Ulnarislähmung rechts proximal sei mit 15 % zu beziffern (Tabelle 1). Wie jedoch bereits vorgehend festgehalten, handelt es sich bei der Diskushernie sowie den neurologischen Funktionsausfällen bzw. der Ulnarislähmung nicht um unfallkausale Beschwerden, weshalb diese bei der Beurteilung des Integritätsschadens nicht zu berücksichtigen sind. Im Übrigen wurde von Seiten der behandelnden Ärzte die Einschätzung der Integritätsentschädigung von Dr. med. I.____ nicht kritisiert. Demnach ist die zugesprochene Integritätsentschädigung von 15 % nicht zu beanstanden.

9. Somit ist die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als der Einspracheentscheid der Suva vom 7. Mai 2019 betreffend die Höhe der zugesprochenen Rente aufgehoben wird. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Mai 2016 Anspruch auf eine Invalidenrente von 20 %. Dagegen wird die Beschwerde bezüglich der Zusprache einer höheren Integritätsentschädigung abgewiesen.

10.

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggelderleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E 4.1).

Im vorliegenden Fall verlangt der Beschwerdeführer einerseits die Zusprache einer UV-Teilrente von mindestens 62 % sowie einer Integritätsentschädigung von mindestens 40 %. Während die Beschwerde insofern teilweise gutgeheissen wird, als dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2016 eine Rente von 20 % zugesprochen wird, wird die Beschwerde bezüglich einer höheren Integritätsentschädigung abgewiesen. Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtsschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes höher ausfiel, weil er eine höhere Integritätsentschädigung verlangt hat und dies entsprechend begründen musste. Demnach rechtfertigt es sich, die Parteientschädigung um 1/4 auf 3/4 zu kürzen.

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche reduzierte Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Die Kostennote vom 16. August 2019 (A.S. 92 f.) ist insoweit zu kürzen, als Orientierungskopien an den Klienten (davon wird bei Positionen «Brief an Klient», die sich nicht anderweitig erklären lassen, ausgegangen), das Fristerstreckungsgesuch vom 22. Januar 2019 sowie die Einreichung der Kostennote am 16. August 2019 als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist und nicht separat entschädigt wird. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind die in der Kostennote aufgeführten Auslagen für die Kopien der Suva-Akten von CHF 328.50. So ist es dem Vertreter zuzumuten, diese von der Suva kostengünstig in elektronischer Form einzuverlangen. Somit ist in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 2'713.80 festzusetzen (12.99 Stunden zu CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 112.20 und MwSt; davon 3/4).

10.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit den Urteilen 8C_319/2020 und 8C_346/2020 vom 3. September 2020 bestätigt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.