

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 21. März 2017

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter Dr. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner
Verfahren Nr.	O3V 16 15
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A _____
Vorinstanz	Suva Schweiz. Unfallversicherungsanstalt, Postfach 4358, 6002 Luzern
Gegenstand	UVG-Leistungen

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

Für das Ereignis vom 27. September 2015 seien weiterhin Leistungen aus UVG zu erbringen.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde vom 17. Juni 2016 sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 24. Mai 2016 zu bestätigen.

Sachverhalt

A. A.1

Gemäss Schadenmeldung UVG der B___ AG vom 28. September 2015 (Suva-act. 1) sei dem am XX.XX.1962 geborenen und bei ihr seit Anfang Oktober 2008 als Holzzuschneider tätigen A___ am 27. September 2015 um 18 Uhr beim Anfahren mit dem Motorrad das Hinterrad plötzlich weggerutscht, wobei er gestürzt sei und sich die rechte Schulter geprellt habe.

A.2

Im Bericht der Radiologie im Silberturm, St. Gallen, vom 4. Februar 2016 (Suva-act. 16, 1/4) über eine MRI-Untersuchung der rechten Schulter nativ und mit Kontrastmittel heisst es, dass eine leichte bis mittelgradige Omarthrose mit glenohumeraler Chondropathie zentral und cranial im Glenoid vorliege, ferner eine mässig aktivierte AC-Gelenksarthrose mit Kapselschwellung, intraartikulärem Erguss und fleckförmigen Osteodystrophiezonen von Clavicula und Acromion, wobei der Subacromialraum mindestens 7,4 mm messe. In erster Linie handle es sich um eine postkontusionelle Abflachung mit angedeuteter alter Impression des Caput humeri an seiner cranioventralen Zirkumferenz und um subcortikale Ganglien. Das nicht abgelöste Labrum glenoidale sei mukoid degeneriert und aufgefasert. Weiter bestehe eine transmurale Ruptur der anteriorsten Faserzüge der Sehne des Musculus supraspinatus mit partieller Sehnenstumpfretraktion und nur diskreter Muskelbauch-Atrophie über eine Länge von ca. 15.4 mm, eine ausgeprägte Ursprungstendinitis und Peritendinitis auch im distalen Verlauf der partiell aufgesplitterten und ventromedial bei Pulleyruptur subluxierten langen Bicepssehne in die ebenfalls aufgefaserte kontinuierlichkeitserhaltene tendinitische Sehne des Musculus subscapularis, eine Insertionstendinitis auch der kontinuierlichkeitser-

haltenen sowie gering ausgedünnten Sehne des Musculus infraspinatus und schliesslich eine deutliche Kapsulitis und zottige Synovialhypertrophie mit Reizzustand auch der Bursa subcoracoidalis.

Gemäss Bericht der gleichen Institution desselben Datums (Suva-act. 16, 3/4) über eine MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) nativ und mit Kontrastmittel bestünden beidseitig hochgradige osteo-diskogene neuroforaminale Engen, jedoch keine traumaassoziierte Wirbelkörperfraktur oder eine Alignement-Störung.

A.3

Laut Protokoll der Suva über eine Besprechung mit dem Versicherten vom 25. Februar 2016 (Suva-act. 29) sei er vor dem Unfall verschiedentlich operiert worden, so vor etwa vier Jahren wegen eines angeborenen und Schmerzen bereitenden Scheuermanns an der Lendenwirbelsäule und zur gleichen Zeit an einer Hand wegen eines Carpaltunnelsyndroms (CTS) sowie vor ca. drei Jahren an der Hüfte und an der anderen Hand, dort ebenfalls wegen eines CTS.

Vor dem Unfall habe die rechte Schulter keine Probleme bereitet. Ab dem 28. Oktober 2015 sei er dann wieder nahezu beschwerdefrei und deshalb wieder voll arbeitsfähig gewesen. Seine Tätigkeit im Pensum von 100% bestehe hauptsächlich im Zuschneiden von Massivholzbrettern, Balken sowie Platten und im Hobeln von Massivholz. Durch diese schwere Arbeit seien die Schmerzen in der rechten Schulter sukzessive wieder stärker geworden. Seine Hoffnung, dass sie sich über die Weihnachtspause legen würden, habe sich nicht erfüllt, weshalb er sich im Januar wieder beim Hausarzt gemeldet habe. Leider sei im Betrieb keine angepasste Tätigkeit vorhanden.

Die HWS-Schmerzen seien erstmals direkt nach dem Unfall als eine Art Verspannung mit eingeschränkter Beweglichkeit nach rechts mehr als nach links aufgetreten. Da er damit gerechnet habe, dass sie von alleine weggingen, habe er sie gegenüber den Ärzten nie erwähnt. Der Physiotherapeut habe jedoch eine Behandlung der gestauchten Wirbel eingeleitet. Prioritär sei jedoch, dass die Schulter wieder in Ordnung komme.

A.4

Gemäss Bericht von Orthopäde FMH Dr. C___ vom 29. Februar 2016 (Suva-act. 28) sei von einer posttraumatischen Ruptur der rechten Supraspinatussehne und einer instabilen langen Bizepssehne sowie einer Partialläsion der kranialen Infraspinatus- und Subscapularissehne rechts auszugehen, wobei aktuell eine mässige Omarthrose rechts im Vordergrund stehe. Therapeutisch sei eine arthroskopische subacromiale Dekompression mitsamt

Rekonstruktion der Supraspinatus- und der kranialen Subscapularissehne sowie einer Tenodese der Bizepssehne zu empfehlen, was eine lange Rehabilitation erfordere.

A.5

Mit Arztzeugnis UVG vom 5. März 2016 (Suva-act. 34; s. auch die Bescheinigungen betreffend Arbeits(un)fähigkeit vom 3. und 16. Oktober 2015 [Suva-act. 7 und 9], vom 9. und vom 25. Februar 2016 [Suva-act. 21 und 26] sowie den Zwischenbericht vom 5. März 2016 [Suva-act. 33]) berichtete med. prakt. D___ (Suva-act. 34), dass der Sturz mit dem Motorrad eine Distorsion des rechten Schultergelenks mit der Folge einer erheblichen Bewegungseinschränkung bewirkt habe, weswegen am 28. September 2015 eine Erstkonsultation erfolgt sei.

A.6

Kreisarzt und Orthopäde Dr. E___ meinte mit Aktennotiz vom 7. März 2016 (Suva-act. 36), die aktuell geltend gemachten Beschwerden und die deswegen geplante Operation an der rechten Schulter seien nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das fragliche Ereignis zurückzuführen, da dieses bei praktischer Beschwerdefreiheit trotz schwerer Tätigkeit vier Wochen danach lediglich zu einer zeitlich limitierten Verschlimmerung eines in der MRI-Untersuchung vier Monate nach dem Ereignis beschriebenen degenerativen Vorzustandes geführt habe. Auch die aktuell geltend gemachten HWS-Beschwerden seien nicht überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt, da davon ärztlicherseits anfangs keine Rede gewesen sei, sondern erst drei Monate nach dem Ereignis.

B. B.1

Mit Verfügung vom 9. März 2016 (Suva-act. 37) bezeichnete die Suva die Beschwerden an der rechten Schulter als nicht mehr unfall-, sondern ausschliesslich krankheitsbedingt, weshalb der Status quo ante spätestens drei Monate nach dem fraglichen Ereignis erreicht worden sei. Die Leistungen würden zwar noch bis 8. März 2016 erbracht, doch gehe die geplante Operation zulasten der Krankenversicherung, was auch für die nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückgehenden HWS-Probleme gelte.

B.2

Mit Einsprache vom 30. März 2016 (Suva-act. 42) machte daraufhin der Versicherte geltend, dass er vor dem Unfall keine Beschwerden an der rechten Schulter verspürt habe. Ausserdem führe auch Dr. C___ die Ruptur der zu operierenden Supraspinatussehne auf den Motorradunfall zurück.

B.3

Mit Aktennotiz vom 4. April 2016 (Suva-act. 45) meinte Kreisarzt Dr. E____, in den MRI-Bildern stelle sich neben einer Arthrose des Acromioclaviculargelenkes und einer Acromionvariante mit signifikanter Einengung des Acromialraumes auch eine Arthrose des Humeroglenoidalgelenkes dar. Eine Einengung des Subacromialraumes könne - verursacht z.B. durch knöcherne Exostosen eines Schulterdachspornes wie bei der vorliegenden Arthrose des Acromioclaviculargelenkes - durch eine ständige mechanische Beeinträchtigung beim Gleitvorgang altersabhängig zu einer Schädigung der Rotatorenmanschette im Sinne einer Störung der Gewebestruktur bis hin zu Nekrosen und Zusammenhangstrennungen der Sehnenmanschette führen.

Der acromiohumerales Abstand betrage normalerweise 9 – 14 mm; bei einem Abstand unter 7 mm sei mit einem Defekt mehrerer Sehnen zu rechnen. Im vorliegenden Fall betrage der Subacromialraum 7,4 mm, und es seien mehrere degenerative Sehnenläsionen bei entzündlich alterierter Sehnenstruktur des Musculus supraspinatus, subscapularis sowie infraspinatus und bei degenerativen Veränderungen des Labrum glenoidale sowie der langen Bizepssehne festgestellt worden, die als Ausdruck einer Tendinopathie oder Enthesiopathie mehrerer Anteile der Rotatorenmanschette zu bezeichnen seien.

Eine traumatisch verursachte Ruptur der Rotatorenmanschette führe unmittelbar zu Schmerzen und zu einem Kraft- sowie Funktionsverlust (Pseudoparalyse) mit charakteristischem zeitlichen Verlauf. Argumente für eine traumatische Ruptur seien u.a. ein Arztbesuch wegen Beschwerden innerhalb von drei Tagen, ein Hämatom oder eine Schwellung, ein Drop-Arm-Zeichen und in der MRI-Untersuchung innerhalb von sechs Wochen eine zu einer traumatischen Ruptur passende Rupturform sowie ein Knochenödem. Eine Pseudoparalyse sei eine allenfalls noch durch Ausweichbewegungen ausgleichbare, subjektiv aber erhebliche Beeinträchtigung der Beweglichkeit, deren Behandlung meist mehrere Wochen benötige und durch intensive Krankengymnastik sowie Training zur Wiedergewinnung einer zumindest ausreichenden und schmerzfreien Schulterfunktion geprägt sei.

Demgegenüber habe vorliegend bereits vier Wochen nach dem Ereignis wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in schweren Tätigkeiten bestanden und sei eine MRI-Untersuchung erst vier Monate nach dem fraglichen Ereignis erfolgt. Ferner seien von ärztlicher Seite trotz der in der Schadenmeldung erwähnten Prellung an der rechten Schulter echtzeitlich weder Schürfwunden noch Hämatome dokumentiert worden, welche auf eine relevante Gewalteinwirkung auf das rechte Schultergelenk schliessen liessen. Auch von einem Drop-Arm-Phänomen im Sinne einer Pseudoparalyse sei nicht die Rede gewesen. Trotz des vom Versicherten angegebenen zeitlichen Zusammenhangs der auftretenden Schmerzen mit

dem Unfall handle es sich um eine degenerative Arthrose mit Engpasssyndrom, assoziiert mit einer kleinen Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne im Sinne einer zeitlich limitierten Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes.

B.4

Mit Zwischenbericht vom 6. April 2016 (Suva-act. 47; s. auch die Bescheinigung betreffend Arbeits(un)fähigkeit vom 7. Oktober 2015 [Suva-act. 8] und das Arztzeugnis vom 6. April 2016 [Suva-act. 46]) fragte sich Internist FMH Dr. F___, ob der Unfall allenfalls die Arthrose der rechten Schulter aktiviert habe, wobei wahrscheinlich auch die HWS etwas abbekommen haben dürfte. Jedenfalls seien vorher keine solchen Beschwerden dokumentiert.

B.5

Mit Entscheid vom 24. Mai 2016 (Suva-act. 54) wies die Suva die Einsprache ab. Das letzt-erwähnte Argument bewaise nichts. Massgebend seien vielmehr die Stellungnahmen von Kreisarzt E___ vom 7. März und vom 4. April 2016. Dass Dr. C___ von einer posttraumatischen Ruptur spreche, bedeute nur eine zeitliche und keine kausale Zuordnung, zumal er seine Auffassung nicht begründe. Das Ereignis habe eine Kontusion bzw. Distorsion am rechten Schultergelenk mit einer vorübergehenden Verschlimmerung während drei Monaten bewirkt, sodass der Status quo sine - in der Verfügung sei fälschlicherweise von einem Status quo ante die Rede - spätestens Ende Dezember 2015 bzw. zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen per 8. März 2016 erreicht worden sei.

C. C.1

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte mit Schreiben vom 17. Juni 2016 Beschwerde mit den eingangs wiedergegebenen Anträgen. Im weiteren Verlauf reichte er ein Schreiben Dr. C___ vom 28. Juni 2016 (Bf. act. 4.2) nach, wonach die Schädigung der Rotatorenmanschette klar unfallbedingt sei, welcher Auffassung sich med. prakt. D___ mit Schreiben vom 29. Juni 2016 (Bf. act. 4.1) anschloss.

C.2

Mit Beschwerdeantwort vom 9. August 2016 hielt die Suva an ihrem bisherigen Standpunkt fest.

Erwägungen

1. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

2. 2.1

Nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Wirkung eines äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Eine versicherte Person hat u.a. Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]), ab dem dritten Tag nach dem Unfall zufolge voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit auf Tag-gelder (Art. 16 UVG) und - sofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann und allfällige Einglie-derungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - bei mindestens 10%iger Invalidität auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Art. 18 und 19 UVG). Er-leidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie überdies Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung.

2.2

Nach Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Tag-gelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalles ist; Invalidenrenten und Integritätsentschädigungen werden hingegen angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung oder der Tod nur teilwei-se Folge eines Unfalles ist, wobei Gesundheitsschädigungen vor dem Unfall, die zu keiner Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben, nicht berücksichtigt werden (Art. 36 Abs. 2 UVG). Wird jedoch durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder erst manifest, entfällt gemäss Rechtsprechung die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also der Letztere nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Urteile des

Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 Erw. 2, 8C_212/2015 vom 10. Juli 2015 Erw. 2.2.1, 8C_528/2016 vom 31. Oktober 2016 Erw. 3).

2.3

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern bei der Unfallversicherung (Urteile des Bundesgerichts 8C_354/2007 vom 4. August 2008 Erw. 2.2, 8C_269/2016 vom 10. August 2016 Erw. 2.4). Diese Rechtsprechung gilt nur für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_155/2012 vom 9. Januar 2013 Erw. 5.1). Das Wegfallen des Kausalzusammenhangs muss also nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebensowenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_126/2008 vom 11. November 2008 Erw. 2.3, 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 Erw. 2). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen sowie Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 Erw. 2.2).

3. 3.1

Im Rahmen der Beurteilung der Kausalität eines Unfalls für behauptete gesundheitliche Beschwerden ist die Würdigung medizinischer Berichte von grundlegender Bedeutung. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass alle Beweismittel, unabhängig von deren Herkunft, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten das Verfahren nicht erledigt werden, ohne dass das gesamte Beweis-

material gewürdigt wird und die Gründe angegeben werden, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist also entscheidend, ob dieser für die strittigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation des Patienten einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 122 V 157 Erw. 1c, 132 V 93 Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts 9C_285/2009 vom 16. März 2010 Erw. 2.2, 8C_284/2016 vom 7. September 2016 Erw. 2).

3.2

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 134 V 231 Erw. 5.1, 137 V 210 Erw. 6.1.2). Den im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 135 V 465 Erw. 4.5; Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2013 vom 23. Dezember 2013 Erw. 5.4, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 Erw. 2.2.2), was auch mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zusammenhängen mag (Urteile des Bundesgerichts 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 Erw. 3, 8C_107/2013 vom 23. April 2013 Erw. 3, 8C_454/2016 vom 19. Dezember 2016 Erw. 4.2).

3.3

Bei der Prüfung der Begehren darf auch der Sachverstand versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen einbezogen werden. Bei den entsprechenden Stellungnahmen handelt es sich nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Entsprechend kann ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zukommen wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach der erwähnten Bestimmung vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Wird allein gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen entschieden, sind daher an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinter-

nen medizinischen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts 8C_685/2012 vom 18. Dezember 2012 Erw. 4.2.2, 8C_679/2016 vom 7. Dezember 2016 Erw. 2).

4. 4.1

Der behandelnde Orthopäde Dr. C___ vertrat mit Bericht vom 29. Februar 2016 die Meinung, dass die Schädigung der Rotatorenmanschette - diese setzt sich aus dem Musculus supraspinatus, dem Musculus infraspinatus, dem Musculus subscapularis und dem Musculus teres minor sowie deren Sehnen zusammen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, S. 1680) -, vorliegend die Ruptur der Supraspinatussehne und die Partialläsion der kranialen Infraspinatussehne sowie der kranialen Subscapularissehne, auf das Ereignis vom 27. September 2015 zurückzuführen sei. Daran hielt er auch mit Schreiben vom 28. Juni 2016, also nach Ergehen des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheides vom 24. Mai 2016, fest, und dem schloss sich der ebenfalls behandelnde Arzt med. prakt. D___ mit Schreiben vom 29. Juni 2016 an. Beide Berichte können aus prozessökonomischen Gründen in die vorliegende Beurteilung einbezogen werden, da der Anspruch der Parteien auf rechtliches Gehör gewahrt worden ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_540/2015 vom 15. Oktober 2015 Erw. 3.1).

4.2

In der medizinischen Literatur ist nachzulesen, dass die Ursache für eine Rotatorenmanschettenruptur vor allem bei älteren Patienten auf degenerative Veränderungen zurückzuführen und nur gelegentlich traumatisch bedingt sei (Pschyrembel, a.a.O.). Nach einer weiteren Meinung (<https://de.wikipedia.org/wiki/Rotatorenmanschettenruptur>) seien dabei extrinsische, also von außen einwirkende, und intrinsische, also aus strukturellen Veränderungen resultierende Faktoren zu unterscheiden. Während die akuten Rupturen im jüngeren Lebensalter (unter 40 Jahren) in aller Regel auf Unfallverletzungen, also rein extrinsischen Faktoren beruhten, seien die Rupturen mit fortschreitendem Lebensalter zunehmend auf ein multifaktorielles Geschehen zurückzuführen. An deren Entstehung seien also sowohl degenerative als auch traumatische Prozesse beteiligt, und es sei nur selten nachweisbar, ob die Rotatorenmanschettenruptur eine Komplikation beispielsweise einer Luxation darstelle oder vielmehr die Instabilität der Schulter durch eine bereits vorliegende Rotatorenmanschettenruptur Ursache der Luxation sei. Als adäquater Unfallmechanismus kämen eine passiv forcierte Außen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, eine passive Traktion nach kaudal, ventral oder medial oder eine axiale Stauchung nach kranioventral oder ventromedial in Frage, als inadäquater Unfallmechanismus dagegen eine Stauchung nach kraniodorsal oder medial, ein direktes Anpralltrauma oder eine aktive Kraftanstrengung.

Vorliegend wurde der Unfallmechanismus zwar nicht detailliert beschrieben, der Sturz des Beschwerdeführers auf die rechte Schulter entspricht aber gemäss Arztzeugnis Dr. F___ vom 6. April 2016 über die am 28. September 2015 erfolgte Erstkonsultation, wo von einer Kontusion/Distorsion, also einer Prellung und/oder Verdrehung bzw. Verstauchung der rechten Schulter die Rede ist, ebenso im Bericht von Orthopäde Dr. C___ vom 29. Februar 2016, einem direkten Anpralltrauma, sodass vorliegend von einem inadäquatem Unfallmechanismus auszugehen ist.

4.3

Der Beschwerdeführer selber räumte ein, schon vor dem Unfall wiederholt an beiden Händen wegen eines CTS, an der Lendenwirbelsäule wegen eines Scheuermanns und auch an der Hüfte - hier aus nicht näher genannten Gründen - operiert worden zu sein, weshalb eine Neigung zu anlagebedingten und/oder degenerativen Leiden des Bewegungsapparats vorzuliegen scheint. In diesem Zusammenhang sei auch noch darauf hingewiesen, dass sogar der behandelnde Arzt Dr. F___ im Zwischenbericht vom 6. April 2016 meinte, die MRI-Abklärung habe eine erhebliche bzw. hochgradige osteo-diskogene neuroforaminale Enge bei polysegmentaler Osteochondrose gezeigt, welche die Beschwerden sicher erkläre und weshalb er sich frage, ob der Unfall die Arthrose aktiviert habe. Auch wurden im MRI-Bericht der Radiologie im Silberturm vom 4 Februar 2016 zahlreiche entzündliche Befunde erwähnt, die eher gegen eine unfallbedingte Schädigung sprechen.

Soweit der Beschwerdeführer wiederholt darauf hinweist, vor dem Unfall nicht unter Beschwerden an der rechten Schulter gelitten zu haben, bezieht er sich damit auf die unzulässige Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc", gemäss der eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht zu gelten hätte, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2016 vom 23. September 2016 Erw. 6.2)

In Richtung der Sichtweise der Suva scheint ferner zu deuten, dass der Versicherte (bereits) einen Monat nach dem Unfall wieder vollzeitlich in der schweren Tätigkeit als Holzschnneider bei der B___ AG arbeiten konnte, was mit Blick auf die ihm obliegende Schadenminderungspflicht als positiv zu werten ist.

Etwas weniger dürfte dagegen ins Gewicht fallen, dass der Beschwerdeführer nach dem fraglichen Ereignis an der rechten Schulter kein Hämatom, keine Schwellung und kein Drop-Arm-Sign aufwies, weil selbst bei feststehender Diagnose, ob diese nun unfall- oder krankheits- bzw. degenerativ bedingt sei, wohl nicht immer sämtliche für ein Leiden üblichen Symptome gemeinsam auftreten müssen. Immerhin konnte er den rechten Arm nach

dem Unfall gemäss Bericht Dr. C___ vom 29. Februar 2016 kaum mehr bewegen, und erst nach einem Monat konnte dieser wieder voll belastet werden, allerdings nur für begrenzte Zeit, da ab 11. Februar 2016 gemäss Zeugnis von med. prakt. D___ vom 9. Februar 2016 wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit bestand.

4.4

Wenngleich die Qualifikation einer Rotatorenmanschettenruptur als krankheits- oder unfallbedingt sich aufgrund der oft schwierigen Differenzierung von kombiniertem traumatischen und degenerativen Geschehen oft als sehr schwierig erweist (Wikipedia, a.a.O.), so ist vorliegend doch nicht zu verkennen, dass es in Anbetracht des Dargestellten der Suva bisher misslungen ist, den von ihr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu führenden Nachweis, dass jede kausale Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens dahingefallen ist, zu erbringen. Insbesondere hat die Unfallversicherung die von ihr behauptete nur vorübergehend unfallbedingte Beschwerdezunahme an der zuvor beschwerdefreien rechten Schulter zu belegen. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid mitsamt zugrundeliegender Verfügung deshalb aufzuheben und die Angelegenheit an die Suva zurückzuweisen, damit diese versicherungsextern ergänzende medizinische Abklärungen vornehmen lasse und anschliessend neu verfüge.

5. 5.1

Vorliegend sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).

5.2

Dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist, obwohl (teilweise) obsiegend, keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. Art. 1 UVG e contrario).

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid mitsamt zugrundeliegender Verfügung aufgehoben und die Sache zwecks ergänzender medizinischer Beurteilung und zur Neuentscheidung im Sinne der Erwägungen an die Suva zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. Rechtsmittel:
Gegen diesen Zwischenentscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden, wenn er einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken könnte oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit und Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz, BGG, SR 173.110, Art. 93 BGG). Andernfalls ist die subsidiäre Verfassungsbeschwerde gegeben (Art. 113 ff. BGG). In beiden Fällen ist die Beschwerde beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer, die Suva und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 19.06.17