

SO_GERICHTE VSBES.2016.162 vom 10. Mai 2016

SO Obergericht, 2016-05-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.162

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.162 du 10 mai 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.162 del 10 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1953 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war seit April 1984 bei der [...] (nachfolgend: Arbeitgeberin), als Möbelrestaurator angestellt und somit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), obligatorisch unfallversichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 14. Dezember 2012 teilte die Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin mit, der Beschwerdeführer sei am 12. Dezember 2012, um circa 10.00 Uhr, beim Verladen des Transporters wegen Glatteis auf die rechte Seite/Schulter gestürzt (Suva-Akten Nr. [Suva-Nr.] 1).

1.2 Dem provisorischen «Notfall Bericht» des [...] vom 14. Dezember 2012 (Suva-Nr. 45) sind in Bezug auf die Behandlung des Beschwerdeführers vom 13. Dezember 2012 die Hauptdiagnose «aktivierte AC-Gelenksarthrose rechts» und die Nebendiagnose «Status nach Hüft-TP rechts» zu entnehmen. Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer daraufhin mit Mitteilung vom 20. Dezember 2012 (Suva-Nr. 2) ab 15. Dezember 2012 gesetzliche Leistungen in Form von Taggeldern und Heilbehandlungskosten zu (Suva-Nr. 2).

1.3 Nach Einholen der medizinischen Berichte (Suva-Nrn. 10, 14, 22, 24) führte der Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, mit dem Beschwerdeführer am 22. Januar 2014 eine Untersuchung durch (Suva-Nr. 47), in deren Rahmen die schrittweise Wiederaufnahme der Tätigkeit als Möbelrestaurator festgelegt wurde. Es sei aktuell vom medizinischen Endzustand auszugehen, da eine wesentliche Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes nicht mehr wahrscheinlich sei. Eine Integritätsentschädigung sei bei exzellentem Bewegungsausmass und radiologisch nur moderater AC-Gelenksarthrose aktuell nicht geschuldet. Mit Mitteilung vom 29. Januar 2014 (Suva-Nr. 48) wies die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auf die frühzeitige Anmeldung bei der Invalidenversicherungsstelle (nachfolgend: IV-Stelle) hin. Am 27. März 2014 fand eine Besprechung mit dem Aussendienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin statt (Suva-Nr. 50).

1.4 Nach Einholen des Arztberichts von Dr. med. C.____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, [...], vom 4. Juli 2014 (Suva-Nr. 56) und der Notiz des Telefongesprächs mit dem Beschwerdeführer vom 7. Juli 2014 (Suva-Nr. 54), empfahl der Kreisarzt Dr. med. B.____ in seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2014 (Suva-Nr. 55), der Beschwerdeführer sei durch einen Schulterorthopäden zu beurteilen. Die entsprechende Untersuchung nahm sodann Dr. med. D.____, Oberarzt Schulterchirurgie, [...], am 8. Oktober 2014 vor (Suva-Nr. 66). Er empfahl einen Rekonstruktionsversuch, wobei vorab noch ein Arthro-MRI durchzuführen sei. Dieses datiert vom 12. November 2014 (Suva-Nr. 69).

Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, führte am 22. Januar 2015 eine kreisärztliche Untersuchung durch (Suva-Nr. 77). Die empfohlene operative Versorgung beurteilte er als aktuell nicht indiziert, da weder eine namhafte, deutliche Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes noch eine namhafte Änderung des Zumutbarkeitsprofils mehr wahrscheinlich seien. Falls der Beschwerdeführer die Operation

nicht wünsche, solle die heutige kreisärztliche Untersuchung als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Denn es handle sich von chirurgischer Seite um einen medizinisch stabilen Zustand. Nach Einholen der Akten der IV-Stelle (Suva-Nrn. 63 - 78) und des Kontoauszugs aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers (Suva-Nr. 85), fand am 17. März 2015 eine Aussendienst-Besprechung statt (Suva-Nr. 86). 1.5 Dem Beschwerdeführer wurde am 27. März 2015 (Suva-Nr. 88) mitgeteilt, der Fall werde gestützt auf den kreisärztlichen Bericht vom 22. Januar 2015 grundsätzlich mit dem heutigen Datum abgeschlossen. Es werde zur Erhaltung des jetzigen Gesundheitszustandes ein einmaliger Betrag von CHF 300.00 an ein Fitnessabo geleistet und das Taggeld werde noch bis zum 31. Juli 2015 ausgerichtet. Falls er sich doch für eine Operation entscheide, solle er dies bis am 17. April 2015 mitteilen. Die Kosten würden übernommen. Nach Einholen der Geschäftsabschlüsse der Arbeitgeberin und der Lohnausweise des Beschwerdeführers (Suva-Nrn. 91 ff.), sprach ihm die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Mai 2015 (Suva-Nr. 105) gestützt auf einen Erwerbsunfähigkeitsgrad von 24 % ab 1. August 2015 eine monatliche Rente von CHF 1'280.00 als auch gestützt auf eine Integritätseinbusse von 10 % eine Integritätsentschädigung von CHF 12'600.00 zu. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft. 2. Mit Unfallmeldung UVG vom 15. September 2015 (Suva-Nr. 111) wurde der Beschwerdegegnerin ein Rückfall vom 10. September 2015 gemeldet. Der Beschwerdeführer sei wieder bei Dr. med. C. ___ in Behandlung. Gemäss Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. E. ___ vom 9. Oktober 2015 (Suva-Nr. 117) liege keine wesentliche Verschlechterung vor. Im Rahmen der am 22. Oktober 2015 (Suva-Nr. 126) durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. med. E. ___ führte dieser aus, im Vergleich mit der Untersuchung vom 22. Januar 2015 sei insgesamt eine deutliche Verschlechterung des klinischen Zustandes zu sehen. Er empfehle eine MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenkes sowie eine erneute Beurteilung. Die am 13. November 2015 durchgeführte MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes wurde am 9. Dezember 2015 durch Dr. med. F. ___, Oberarzt in Vertretung Orthopädie, [...], beurteilt, der eine Operation vorschlug (Suva-Nrn. 139, 142). Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Januar 2016 (Suva-Nr. 148) hielt Dr. med. E. ___ fest, es handle sich von chirurgischer Seite um einen medizinisch stabilen Zustand und die heutige kreisärztliche Untersuchung könne als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Von weiteren Behandlungen sei aktuell nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Dies teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 22. Februar 2016 (Suva-Nr. 151) entsprechend mit, stellte die Taggelder per 29. Februar 2016 ein und führte aus, die Leistungen würden sich ab sofort wieder auf die seinerzeit zugesprochene Rente beziehen. Dies bestätigte sie sodann mit Verfügung vom 1. März 2016 (Suva-Nr. 155). Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 15. März 2016 Einsprache (Suva-Nr. 157). Am 23. März 2016 (Suva-Nr. 163) machte er zudem einen erneuten Rückfall per 24. Februar 2016 geltend. Gestützt auf die am 21. April 2016 durchgeführte kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. E. ___ (Suva-Nr. 167) trat die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 2. Mai 2016 (Suva-Nr. 170) nicht auf die Rückfallmeldung vom 24. Februar 2016 ein und hielt mit Einspracheentscheid vom 10. Mai 2016 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) an ihrer Verfügung vom 1. März 2016 fest. 3. Gegen den Einspracheentscheid vom 10. Mai 2016 erhebt der Beschwerdeführer am 4. Juni 2016 (Eingang: 7. Juni 2016) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde (A.S. 8 f.) und beantragt sinngemäss, sein Gesundheitszustand habe sich wesentlich verschlechtert. Er

leide wegen des gesundheitlichen Dauerzustandes und teils schlaflosen Nächten an Depressionen und befinde sich in Psychotherapie. 4. Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 1. September 2016 (A.S. 15 ff.) auf Abweisung der Beschwerde und reicht die chirurgische Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, vom 2. August 2016 (A.S. 19 ff.) ein, die zum integrierenden Bestandteil dieser Rechtsschrift erklärt wird. 5. Der Beschwerdeführer weist mit Replik vom 13. September 2016 (A.S. 35) insbesondere darauf hin, keine Rentenerhöhung erzielen zu wollen, sondern, dass der gemeldete Rückfall vom 24. Februar 2016 als solcher behandelt werde. 6. Mit Duplik vom 28. September 2016 (A.S. 38) hält die Beschwerdegegnerin an der Abweisung der Beschwerde fest. 7. In der mit «Zurückziehen der Beschwerde» betitelten Eingabe vom 6. Oktober 2016 (A.S. 39) bekräftigt der Beschwerdeführer, es gehe ihm nicht um eine Rentenerhöhung. Es sei ihm wichtig, dass sein Rückfall vom 21. Februar 2016 (Meldung vom 24. Februar 2016) richtig behandelt werde. Er hoffe auf eine korrekte Abhandlung dieser Rückfallmeldung. 8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Eingehend auf die mit «Zurückziehen der Beschwerde» betitelte Eingabe des Beschwerdeführers vom 6. Oktober 2016 (vgl. E. I. 7 hiavor) kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer mit dieser im Wesentlichen eine korrekte Durchführung der Rückfallmeldung vom 24. Februar 2016 beabsichtigte und nicht – wie es auf den ersten Blick scheint – den Rückzug seiner Beschwerde vom 4. Juni 2016. So führte er explizit aus, es sei ihm wichtig, dass sein Unfall/Rückfall vom 21. Februar 2016 richtig behandelt werde und dementsprechend Versicherungsleistungen erbracht würden. Entsprechende Angaben machte der Beschwerdeführer sodann auch auf telefonische Nachfrage der Gerichtsschreiberin des Versicherungsgerichts vom 12. Oktober 2016 hin. Somit ist seine Eingabe vom 6. Oktober 2016 nicht als Beschwerderückzug bzw. beabsichtigte Abschreibung des Verfahrens zu verstehen. In Bezug auf die Rückfallmeldung vom 24. Februar 2016 ist aufgrund der vorliegenden Akten ferner festzuhalten, dass zu diesem Zeitpunkt bei der Beschwerdegegnerin bereits Abklärungen in Bezug auf den am 15. September 2015 gemeldeten Rückfall (Suva-Nr. 111) am Laufen waren, wobei mit Verfügung vom 1. März 2016 (Suva-Nr. 155) dem Beschwerdeführer sowohl die Einstellung der Taggelder als auch die erneute Ausrichtung der ihm schon früher (mit Verfügung vom 27. Mai 2015, Suva-Nr. 105) zugesprochenen Rente wieder in Aussicht gestellt wurde. Daher ist die erneute Rückfallmeldung vom 24. Februar 2016 nachfolgend in diesem Kontext zu behandeln. In diesem Zusammenhang ist ferner darauf hinzuweisen, dass das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 2. Mai 2016 (Suva-Nr. 170), mit welchem dem Beschwerdeführer mitgeteilt wurde, es könne nicht auf seine Rückfallmeldung eingetreten werden, nicht als abschliessender Entscheid betreffend die Rückfallmeldung vom 24. Februar 2016 zu verstehen ist. Es sind somit keine Gründe gegen eine materielle Prüfung derselben ersichtlich.

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs

sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

3.3 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 2.1). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c). Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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. 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 entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_463/2011 vom 4. November 2011 E. 3.2, 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1, 8C_721/2014 vom 27. April 2015 E. 4.2). 3.5 Gemäss Art. 17 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 113 V 273 E. 1a S. 275; siehe auch BGE 112 V 371 E. 2b S. 372 und 387 E. 1b S. 390). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

E. 4

4.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue

wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.1). 4.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2015, 8C_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1). 4.3 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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). 4.4 Bei Berichten versicherungsinterner Ärzte kann nicht bereits aufgrund des Arbeitsverhältnisses auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit geschlossen werden; aber sofern auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; Urteil des Bundesgerichts 8C_758/2016 vom 4. Januar 2017 E. 4.2). Schliesslich kommt nach der Rechtsprechung im Streitfall eine Leistungszusprechung einzig gestützt auf die Angaben des behandelnden Arztes kaum je in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470; Urteile des Bundesgerichts 8C_527/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 3.2, 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Diese Grundsätze sind im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2012 vom 14. März 2013 E. 5.1). 4.5 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2016 vom 31. August 2016 E. 2.1). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides – vorliegend bis 10. Mai 2016 – mitzubehalten, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf 2015, 3. Aufl.,

Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen). 5. Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer im Dezember 2012 beim Verladen von sechs Stühlen in einen Transporter wegen Glatteis stürzte und mit der rechten Seite/der rechten Schulter auf dem Boden aufschlug (vgl. Suva-Nr. 1). Danach habe er die Schulter ganz normal schmerzfrei bewegen können, gegen Mittag seien dann leichte Schmerzen aufgetreten und am Nachmittag hätten die Schmerzen dann zur Immobilisation der Schulter geführt, wobei dem Beschwerdeführer auch eine Kraftminderung aufgefallen sei (Suva-Nr. 45). Er begab sich daher ins [...], wo eine «aktivierte AC-Gelenksarthrose rechts» diagnostiziert wurde. Der Arm wurde in einer Mitellaschlinge ruhiggestellt und es wurde analgetisch mittels Optifen und Pantozol für fünf Tage behandelt. 6. Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 10. Mai 2016 (A.S. 1 ff.) im Vergleich zu dem sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 27. Mai 2015 (Suva-Nr. 105) präsentierenden Gesundheitszustand in anspruchsrelevanter Weise verändert hat: 6.1 Im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 27. Mai 2015 (Suva-Nr. 105) präsentierte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Wesentlichen wie folgt: 6.1.1 Im provisorischen Notfall Bericht vom 14. Dezember 2012 (Suva-Nr. 45) des [...], Medizinische Klinik, Interdisziplinäre Notfallstation, wurde die Hauptdiagnose «aktivierte AC-Gelenksarthrose rechts» und die Nebendiagnose «Status nach Hüft-TP rechts» gestellt. Der Beschwerdeführer befinde sich in ordentlichem Allgemeinzustand, sei kardiopulmonal unauffällig. Die Schulter rechts sei leicht geschwollen, es sei eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk sowie der lateralen und ventralen Schulter über dem M. deltoideus und am Ansatz der langen Bizepssehne gegeben. Zudem bestehe eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit und Kraft in alle Richtungen, die Sensibilität sei erhalten. Die Ärzte gingen von einer aktivierten AC-Gelenksarthrose aus. Es erfolge eine Ruhigstellung in einer Mitellaschlinge und eine Analgesie mit Optifen und Pantozol für fünf Tage. Der Beschwerdeführer sei vom 13. bis 14. Dezember 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. 6.1.2 Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Januar 2014 (Suva-Nr. 47) folgende Diagnosen fest: Transmurale Rotatorenmanschettenruptur rechts mit Tendinopathie der Subscapularissehne und der langen Bicepssehne sowie AC-Gelenksarthrose rechts bei Status nach Sturz auf rechte Schulter am 12. Dezember 2012 Der Beschwerdeführer sei aktuell in einem sehr guten unfallbedingten Gesundheitszustand bezüglich seiner rechten Schulter. Er sei aktuell schmerzfrei und beklage weder in Ruhe noch nachts oder unter moderater Belastung Schmerzen. Das einzige Defizit, das er subjektiv noch verspüre, sei im Seitenvergleich eine Kraftminderung. Diese sei jedoch in erster Linie auf eine bewusste Schonhaltung zurückzuführen, aus Angst, die Situation durch forcierten Krafteinsatz wieder zu verschlechtern. Die subjektiv deutliche Beschwerdeverbesserung sei auf die aktuell durchgeführte, naturheilkundlich gestützte, konservative Therapie zurückzuführen. Der Beschwerdeführer habe subjektiv nach Beginn der alternativmedizinischen Therapie deutliche Fortschritte in Bezug auf die Schmerzen und auf das Bewegungsausmass festgestellt. Eine Operation sei aktuell nicht mehr indiziert und komme für den Beschwerdeführer nicht mehr in Frage. Insofern sei aktuell von einem medizinischen Endzustand auszugehen, da eine wesentliche Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes nicht mehr wahrscheinlich sei. Jedoch sei Dr. med. B.____ der Ansicht, dass die aktuell laufende und auch erfolgreiche Therapie unbedingt im geplanten Ausmass weitergeführt werden sollte. Ab dem 1. Februar 2014 sei eine 25%ige Arbeitsfähigkeit gegeben, welche dann monatlich um jeweils 25 % gesteigert werden

könne. Somit sei ab dem 1. Mai 2014 wieder von einer 100%igen vollen Arbeitsfähigkeit, im angestammten Beruf als Möbelrestaurator, auszugehen. Bis dorthin empfehle es sich, auf körperfernes Heben sowie auf belastete [recte: belastende] Überkopftätigkeiten rechts zu verzichten. Eine Integritätsentschädigung sei bei exzellentem Bewegungsausmass und radiologisch nur moderater AC-Gelenksarthrose aktuell nicht geschuldet. Bezüglich Art. 21 UVG könne die laufende Physiotherapie inklusive Wassertherapie, die Akupunktur und Massage weiterhin zulasten der Unfallversicherung abgerechnet werden. Darüber hinaus würden sie Kostengutsprache leisten für die durch den Hausarzt angefragte Badekur. Ein abschliessender physiotherapeutischer Kraftaufbau könne ebenfalls zulasten der Unfallversicherung abgerechnet werden. Bezüglich der Kosten für den Naturheilarzt sei vereinbart worden, dass der Beschwerdeführer eine Aufstellung der bisher kumulierten Kosten für die Behandlung (ohne Fahrtspesen) zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellen und es hinterher zu einer entsprechenden Prüfung kommen werde, inwiefern sich die Beschwerdegegnerin kostenmässig daran beteiligen könne oder nicht.

6.1.3 In der Stellungnahme vom 7. Juli 2014 (Suva-Nr. 55) führte Dr. med. B.____, Kreisarzt, aus, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. Mai 2014 sei unfallbedingt indiziert. Der Beschwerdeführer sei nun fachärztlich durch einen Schulterorthopäden zu beurteilen. Es werde um Zuweisung via Hausarzt gebeten. Es sei gegebenenfalls durch eine weitere ärztliche Behandlung/Therapie bzw. eine Operation eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erwarten. Dies müsse im Rahmen einer Beurteilung beim Schulterchirurgen evaluiert werden. Aktuell sei ein allfälliger Integritätsschaden noch nicht beurteilbar. Dies sei erst nach einem MRI und einer orthopädischen Beurteilung möglich.

6.1.4 Dr. med. D.____, Oberarzt Schulterchirurgie, [...], hielt im Sprechstundenbericht vom 8. Oktober 2014 (Suva-Nr. 66) folgende Diagnosen fest: Transmurale Rotatorenmanschettenruptur und AC-Gelenksarthropathie Schulter rechts nach Schulterdistorsion und Kontusion im Dezember 2012. Es bestehe eine klar eingeschränkte Schulterfunktion aufgrund einer nachgewiesenen transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne. Das zur Verfügung stehende MRI sei mittlerweile gut 15 Monate alt (vgl. MRT vom 14. Juni 2013, Suva-Nr. 22). Bei diesem körperlich doch sehr hart arbeitenden Beschwerdeführer sollte wohl ein Rekonstruktionsversuch angestrebt werden. Bevor jedoch eine definitive Operationsindikation gestellt werde, möchte Dr. med. D.____ ein erneutes Arthro-MRI durchführen, um vor allem die Muskelqualität des Supraspinatus bei nun mittlerweile doch lang bestehender Rotatorenmanschettenruptur zu beurteilen. Sollte diese doch stark reduziert sein, im Sinne einer starken Atrophie bzw. muskulären Verfettung, müsste über alternative Massnahmen (gegebenenfalls Latissimus dorsi Transfer) diskutiert werden.

6.1.5 Die Besprechung des am 12. November 2014 durchgeführten MRIs (Suva-Nr. 69) fand am 18. November 2014 bei Dr. med. D.____ statt (Suva-Nr. 71). Er hielt folgende Beurteilung fest: Die Ruptur habe im Vergleich zum Vor-MRI vom Juni 2013 etwas an Grösse zugenommen, sowohl in der sagittalen als auch in der koronalen Ausbreitung. Glücklicherweise sei es jedoch zu keiner stärkeren Verfettung der Supraspinatusmuskeln gekommen, obgleich diese eine leichte Atrophie aufwiesen. Der Beschwerdeführer sei einerseits wegen der Schmerzen, andererseits wegen der Funktionsbeeinträchtigung mit Kraftabschwächung im Überkopfbereich doch einigermaßen in seiner Lebensqualität eingeschränkt, so dass ihm eigentlich empfohlen worden sei, eine arthroskopische Rotatorenmanschettenrekonstruktion vorzunehmen.

6.1.6 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Januar 2015 (Suva-Nr. 77) stellte med. pract. E.____, Facharzt für Chirurgie, folgende Diagnosen: Transmurale

Rotatorenmanschettenruptur mit Tendinopathie der Subscapularissehne und der langen Bicepssehne sowie AC-Gelenksarthrose rechts bei Status nach Sturz auf rechte Schulter am 12. Dezember 2012 Der Beschwerdeführer klagt über moderate belastungsabhängige Schmerzen des rechten Schultergelenkes sowie über mässige Kraftminderung im gesamten rechten Arm. Er habe keine Ruheschmerzen, die leicht bis mittelschweren Tätigkeiten im Haushalt sowie in der Freizeit seien ihm problemlos möglich. Er nehme keine Analgetika. Die heutige klinische Untersuchung zeige eine mässige schmerzhaftige Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes in allen Ebenen sowie auch geminderte Kraft des rechten Armes. Wegen moderater subjektiver Beschwerden, dem Alter des Beschwerdeführers, dem OP-Risiko und der bis jetzt ausgeübten schweren körperlichen Tätigkeit als Möbelrestaurator sei aktuell die empfohlene operative Versorgung nicht indiziert, da keine namhafte, deutliche Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes sowie eine namhafte Änderung des Zumutbarkeitsprofils mehr wahrscheinlich seien. Der Beschwerdeführer habe sich am heutigen Tag für die empfohlene Operation nicht entscheiden können. Er brauche zur Entscheidungsfindung ein paar Wochen Bedenkfrist. Wenn die Operation vom Beschwerdeführer nicht gewünscht werde, sollte die heutige kreisärztliche Untersuchung als Abschlussuntersuchung angesehen werden, da es sich von chirurgischer Seite um einen medizinisch stabilen Zustand handle. Zur Zumutbarkeit führte er aus, Arbeiten dürften mit körperlich leichten bis mittelschweren Belastungen durchgeführt werden. Das Heben und Tragen von mittelschweren Lasten körpernah nur bis Lendenhöhe, kein Tragen oder Heben über Brusthöhe und keine Überkopfarbeiten, keine Tätigkeiten welche mit Schlägen und/oder Vibrationen für den rechten Arm verbunden seien. Es sei nicht zu erwarten, dass die empfohlene Schulteroperation das oben erwähnte Zumutbarkeitsprofil ändere. Aktuell sei die Fortführung der Physiotherapie nicht indiziert. Zum Erhalt des Gesundheitszustandes werde die Fortführung der selbstständigen Bewegungsübungen im Fitnesscenter für ein Jahr empfohlen.

6.1.7 Am 19. Mai 2015 (Suva-Nr. 102) nahm Dr. med. E. ___ eine medizinische Beurteilung des Integritätsschadens vor. Bezüglich der radiologischen und klinischen Befunde sowie der Feinrastertabelle 5.2 nach UVG (Integritätsentschädigung bei Arthrosen) bestehe ein Integritätsanspruch in der Höhe von 10 % aufgrund der mässigen Omarthrose (glenohumeral) Schulter rechts, aufgrund derer eine Einschränkung der Beweglichkeit bestehe. Er bezifferte den Integritätsschaden auf 10 %.

6.2 Im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 10. Mai 2016 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Dr. med. C. ___, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 30. September 2015 (Suva-Nr. 116) fest, der Beschwerdeführer sei bis am 12. Juli 2015 arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Offiziell habe er am 13. Juni 2015 wieder mit der Arbeit begonnen. Er sei 100 % anwesend gewesen und habe eine Tätigkeit von 70 % erbracht. Seine frühere Tätigkeit als Restaurator habe er jedoch nicht mehr wahrnehmen können. Arbeiten mit schweren Gewichten seien nicht mehr möglich gewesen. Gemäss der Arbeitgeberin könne er bis 65 bleiben. Der Beschwerdeführer gebe an, schon bei leichten Arbeiten in der rechten Schulter Schmerzen zu verspüren. Auch im Alltag habe er wieder Schmerzen. Zudem habe er wieder mehr Probleme beim Schlafen und beim Drehen, er könne nicht mehr auf dieser Seite liegen. Auch das Autofahren sei sehr mühsam, er habe Schmerzen beim Lenken. Manchmal nehme er sogar vier Tabletten Inflammac 75 mg. In der Zwischenzeit sei er beim Naturheilarzt gewesen, der eine chronische Entzündung festgestellt habe. Aus ärztlicher Sicht sei eine Therapie mit Alternativbehandlung in Erwägung zu ziehen. Ein Therapievorschlag könne

nicht schaden und dem Beschwerdeführer sogar eine deutliche Schmerzlinderung bringen.

6.2.2 Der Kreisarzt Dr. med. E.____ hielt in seiner Beurteilung vom 9. Oktober 2015 (Suva-Nr. 117) fest, aufgrund der vorliegenden medizinischen Dokumentation liege keine wesentliche Verschlechterung (Rentenrückfall) vor. Ein wissenschaftlicher Nachweis für die Wirksamkeit der von Dr. med. C.____ empfohlenen Behandlung bei transmuraler Rotatorenmanschettenruptur mit Tendinopathie der Subscapularissehne und der langen Bicepssehne habe in Studien bisher nicht erbracht werden können.

6.2.3 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Oktober 2015 (Suva-Nr. 126) stellte Dr. med. E.____ folgende Diagnosen: Exazerbierte starke Schmerzsymptomatik bei - transmuraler Rotatorenmanschettenruptur mit Tendinopathie der Subscapularissehne und der langen Bicepssehne sowie der AC-Gelenksarthrose rechts bei Status nach Sturz auf rechte Seite am 12. Dezember 2012 Der Beschwerdeführer klagt über starke Ruheschmerzen sowie sehr stark belastungsabhängige Schmerzen des rechten Schultergelenkes. Er habe über mässige Kraftminderung im gesamten rechten Arm berichtet. Anamnestisch könne er sogar so leichte Tätigkeiten wie das Schreiben am PC oder das Ausmessen von Möbelstücken nicht erledigen. Der Beschwerdeführer nehme Infracor 75 mg bis viermal pro Tag. Die durchgeführte Akupressur und Wassertherapie würden nur eine minimale Schmerzlinderung bringen. Die heutige klinische Untersuchung zeige eine sehr starke schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes in allen Ebenen sowie auch deutliche Kraftminderung im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 22. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.1.6 hiervor). Klinisch bestehe kein Hinweis für ein CRPS oder einen Infekt. Es zeige sich keine Muskelatrophie, aber im Vergleich eine deutliche Kraftminderung. Die beklagten Beschwerden sowie die Beschwerdeintensität seien medizinisch nachvollziehbar. Insgesamt zeigte sich subjektiv und auch objektiv im Vergleich mit der Untersuchung vom 22. Januar 2015 eine deutliche Verschlechterung des klinischen Zustandes. Aufgrund der erwähnten Schulterproblematik sowie auf Wunsch des Beschwerdeführers empfehle er eine erneute MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenkes und im weiteren Verlauf eine erneute Beurteilung in der Schultersprechstunde der [...] oder [...] zur Beurteilung der weiteren therapeutischen bzw. operativen Möglichkeiten bei oben beschriebenem Befund. Bis dahin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Möbelrestaurator.

6.2.4 Am 13. November 2015 wurde eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenkes durchgeführt (Suva-Nr. 139) und durch Dr. med. H.____, FMH Radiologie/diagnostische Neuroradiologie, folgendermassen beurteilt: Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, wobei die Rupturstelle in der ap-Ausdehnung im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 14. Juni 2013 (vgl. Suva-Nr. 22) etwa um 2 mm zugenommen habe. Keine weitere Retraktion der Supraspinatussehne in der koronaren Ebene. Im Verlauf etwas rückläufige AC-Gelenksarthrose. Die Muskelatrophie des Musculus supraspinatus-Bauches habe nicht weiter zugenommen. Im Verlauf zunehmende Synovialitis.

6.2.5 Dr. med. F.____, Oberarzt in Vertretung Orthopädie, [...], nahm im Rahmen seines Sprechstundenberichts vom 9. Dezember 2015 (Suva-Nr. 142) folgende Beurteilung vor: Der Beschwerdeführer leide unter einer Rotatorenmanschetten-Ruptur mit wahrscheinlich Bicepssehnen-Tendinopathie. Der Leidensdruck sei sehr gross. Er habe heute nochmals ausführlich die Vor- und Nachteile einer Operation mit dem Beschwerdeführer besprochen. Bei derart grossem Leidensdruck würde er trotzdem die Operation vorschlagen. Diese enthalte unter anderem eine Biceps-Tenotomie mit gleichzeitiger Reparatur der Supraspinatussehne. Natürlich gebe es keine Garantie. Er sehe aber die Verbesserung als klar wahrscheinlicher als eine

Verschlechterung durch den Eingriff. Der Beschwerdeführer werde sich das ganze nochmals überlegen. Er bevorzuge bei einer allfälligen Operation eine Analgesie mittels Schmerzkatheter ohne Vollnarkose. 6.2.6 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Januar 2016 (Suva-Nr. 148) wies Dr. med. E. ___ die folgende Diagnose aus: Restbeschwerdesymptomatik und Bewegungseinschränkung bei - transmuraler Rotatorenmanschettenruptur mit Tendinopathie der Subscapularissehne und der langen Bicepssehne sowie AC-Gelenksarthrose rechts bei Status nach Sturz auf rechte Seite am 12. Dezember 2012 Im Vergleich mit der letzten Untersuchung vom 22. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) klagt der Beschwerdeführer immer noch über starke Ruheschmerzen sowie sehr starke bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen des rechten Schultergelenkes. Er berichte über eine leichte Besserung der bis jetzt sehr stark ausgeprägten Kraftminderung im gesamten rechten Arm. Anamnestisch könne er sogar so leichte Tätigkeiten wie das Schreiben am PC oder das Ausmessen von Möbelstücken nicht erledigen. Die bisherige Bedarfsanalgesie mittels Inflamac habe der Beschwerdeführer etwas reduziert. Die durchgeführte Akupressur und Wassertherapie bringe eine mässige Schmerzlinderung. Die heutige klinische Untersuchung zeige im Vergleich mit der letzten Untersuchung vor drei Monaten eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustandes. Es habe sich daher eine mässige, endgradig schmerzhaftige Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes in allen Ebenen sowie auch eine mässige Kraftminderung gezeigt, obwohl sich dies im Vergleich mit der letzten Untersuchung etwas gebessert habe. Klinisch bestünden keine Hinweise für ein CRPS oder einen Infekt. Es zeige sich auch keine Muskelatrophie. Die beklagten Beschwerden sowie die Beschwerdeintensität seien medizinisch nachvollziehbar. Die am 9. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor) von Dr. med. F. ___ empfohlene operative Versorgung bei oben beschriebener transmuraler Rotatorenmanschettenruptur und bei damals sehr grossem Leidensdruck wünsche sich der Beschwerdeführer bei reduzierter Schmerzsymptomatik aktuell nicht. Aus Sicht von Dr. med. E. ___ sei beim 63jährigen Beschwerdeführer unter Berücksichtigung aller medizinischen Aspekte und möglichen allgemeinen speziellen sowie individuellen Komplikationen die operative Versorgung der Rotatorenmanschettenruptur aktuell nicht indiziert. Beim Beschwerdeführer verbessere sich die Belastbarkeit wahrscheinlich auch nach eventueller Rotatorenmanschettenversorgung nur wenig. Es wären dem Beschwerdeführer vermutlich nur die Tätigkeiten zumutbar, welche bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.1.6 hiervor) erwähnt worden seien. Unter weiterer Physiotherapie sei noch mit leichter Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu rechnen. Aktuell dürften Arbeiten mit körperlich leichten Belastungen ganztags durchgeführt werden. Das Heben und Tragen von Lasten bis 10 bis 12 kg sei nur bis Lendenhöhe möglich, kein Tragen und Heben über Brusthöhe und keine Überkopfarbeiten sowie keine Tätigkeiten, welche mit Schlägen und/oder Vibrationen für den rechten Arm verbunden seien. Von chirurgischer Seite handle es sich um einen medizinisch stabilen Zustand und die heutige kreisärztliche Untersuchung könne als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Von weiteren Behandlungen sei aktuell nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Zum Erhalt des Gesundheitszustandes werde im Rahmen von Art. 21 UVG die Fortführung der Bedarfsanalgesie empfohlen. Der Beschwerdeführer solle weiterhin eigene physiotherapeutische Übungen sowie auch Wassertherapie durchführen. 6.2.7 Am 21. April 2016 fand eine erneute kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. E. ___ statt (Suva-Nr. 167). Er bestätigte die bereits im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom

21. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor) festgestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer habe nach wie vor über belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen des rechten Schultergelenkes sowie auch über ausgeprägte Kraftminderung im gesamten rechten Arm geklagt. Die durchgeführte Akupressur und Wassertherapie hätten eine mässige Schmerzlinderung gebracht. Der Beschwerdeführer wünsche weiterhin keine operative Versorgung des rechten Schultergelenkes. Die heutige klinische Untersuchung habe eine mässige, endgradig schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes in allen Ebenen sowie auch eine mässige Kraftminderung gezeigt. Klinisch bestünden keine Hinweise für ein CRPS oder einen Infekt. Es zeige sich auch keine Muskelatrophie. Im Vergleich mit der letzten Untersuchung vom 21. Januar 2016 gebe es keine wesentliche subjektive oder objektive Befundänderung. Aus unfallchirurgischer Sicht handle es sich um einen medizinisch stabilen Zustand. Von weiteren Behandlungen sei aktuell nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu rechnen. Zum Erhalt des Gesundheitszustandes werde im Rahmen von Art. 21 UVG die Fortführung der Bedarfsanalgesie sowie weiterhin eigene physiotherapeutische Übungen und Wassertherapie empfohlen. Zusammenfassend habe nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verschlimmerung seit dem 21. Januar 2016 bestätigt werden können.

6.2.8 Im Rahmen der im Beschwerdeverfahren durch die Beschwerdegegnerin eingereichten chirurgischen Beurteilung vom 2. August 2016 (A.S. 19 ff.) hielt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, auch aufgrund der beigezogenen Akten der IV-Stelle, folgende Schlussfolgerung fest: Im Verlauf des Jahres 2015 sei es beim Beschwerdeführer vorübergehend zu einer deutlichen Befundverschlechterung gekommen, die wahrscheinlich auf eine mittels MRI vom 13. November 2015 (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor) dokumentierte leichte Synovialitis (Entzündung der Gelenkinnenhaut) und damit einen entzündlichen Reizzustand des Gelenks zurückzuführen sei. Bereits mit dem Befund der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor) sei eine Besserung der Funktion der rechten Schulter dokumentiert, mit dem Befund der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. April 2016 (vgl. E. II. 6.2.7 hiervor) eine weitere funktionelle Verbesserung. Eine wesentliche, dauerhafte Verschlechterung der Funktion der rechten Schulter sei nicht dokumentiert. Die von der Orthopädie der [...] vorgeschlagene Operation könnte eine Besserung bewirken, werde aber vom Beschwerdeführer derzeit nicht gewünscht. Aus den beigezogenen IV-Akten ergäben sich, auch unter Berücksichtigung des Berichts der [...] vom 7. Januar 2016, keine neuen medizinischen Gesichtspunkte. Der Bericht vom 7. Januar 2016 stütze sich wohl auch nicht auf eine neuerliche Untersuchung des Beschwerdeführers, sondern auf die Befunde der Konsultation vom 9. Dezember 2015 ab. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich vorübergehend (von Anfang September 2015 bis zum 21. Januar 2016, dem Datum der kreisärztlichen Untersuchung) deutlich verschlechtert, nachfolgend jedoch wieder deutlich verbessert. Funktionell würden zwar nicht die Werte vom 22. Januar 2015 erreicht, eine entscheidende, dauerhafte Verschlechterung, die die Gebrauchsfähigkeit der rechten oberen Extremität erheblich gegenüber dem Vorbefund einschränken würde, sei jedoch nicht eingetreten. Dafür sprächen vor allem die fehlende Muskelminderung der rechten oberen Extremität wie auch die nicht zunehmende Atrophie des M. supraspinatus. Eine Zunahme der Defektgrösse der Supraspinatussehne gegenüber dem Zustand vom 12. November 2014 sei mit dem MRI vom 13. November 2015 nicht dokumentiert.

6.3 Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen kann festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gestützt auf die

vorliegenden medizinischen Berichte im massgebenden Vergleichszeitraum vom 27. Mai 2015 bis 10. Mai 2016 als nicht wesentlich verändert präsentiert: So wurde die bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Mai 2015 massgebende und kurz nach dem Unfallereignis vom Dezember 2012 erstmals festgestellte und durch das bildgebende Verfahren vom 14. Juni 2015 (Suva-Nr. 22) objektivierete Diagnose einer «transmuralen Rotatorenmanschettenruptur rechts mit Tendinopathie der Subscapularissehne und der langen Bicepssehne sowie AC-Gelenksarthrose rechts bei Status nach Sturz auf rechte Schulter am 12. Dezember 2012» auch im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 10. Mai 2016 durch die Fachärzte ausgewiesen. Obwohl aus den vorliegenden Akten hervorgeht, dass im Herbst 2015 eine deutliche Verschlechterung der klinischen Situation eintrat, so dass der Kreisarzt Dr. med. E.____ aufgrund seiner klinischen Untersuchung vom 22. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) eine deutliche gesundheitliche Verschlechterung des klinischen Zustandes mit insbesondere einer deutlichen Kraftminderung feststellen konnte, welche auf die im Rahmen der MRT vom 13. November 2015 objektivierten zunehmenden Synovialitis zurückgeführt werden konnte (vgl. E. II. 6.2.4 hiervor; vgl. auch 6.2.8 hiervor), besserte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sodann im Januar 2016 wieder leicht (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor). Der Kreisarzt Dr. med. E.____ führte in seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Januar 2016 sodann aus, die beklagten Beschwerden seien medizinisch nachvollziehbar, es handle sich um einen medizinisch stabilen Gesundheitszustand, wobei die durch ihn vorgenommene Untersuchung als Abschlussuntersuchung angesehen werden könne. Von weiteren Behandlungen seit aktuell nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung zu erwarten. 6.3.1 Der kreisärztliche Bericht von Dr. med. E.____ vom 21. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 4.3 hiervor) gerecht: Er beruht auf sämtlichen, nach dem Unfallereignis vom Dezember 2012 erstellten somatischen Vorakten sowie auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Zudem führte Dr. med. E.____ eine eigene klinische Untersuchung des Beschwerdeführers durch, deren Befunde er anschliessend in überzeugender Weise erläuterte: So zeige die heutige klinische Untersuchung im Vergleich mit der letzten Untersuchung vor drei Monaten eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustandes. Es hätten sich eine mässige, endgradig schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes in allen Ebenen gezeigt sowie eine mässige Kraftminderung, die sich etwas gebessert habe. Diese Einschätzung überzeugt unter Heranziehung der im Rahmen des jeweiligen klinischen Befundes festgestellten Kraftmessungen. So wurden im Bericht der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.2.3 hiervor) bei der Kraftmessung mittels Jamar-Dynamometer (Stufe II) rechts Werte von 10/10/10 kg und links von 40/40/40 kg gemessen. Bei der Untersuchung vom Januar 2016 wurden mit demselben Testverfahren rechts 12/10/8 kg und links 42/41/42 kg festgestellt. Eine geringfügige Verbesserung der Kraftminderung gemäss Ausführungen von Dr. med. E.____ lässt sich damit nachvollziehen. Da sich in den medizinischen Vorakten keine den Beweiswert von Dr. med. E.____ schmälernenden Beurteilungen finden, ist seinem Bericht vom 21. Januar 2016 voller Beweiswert zuzusprechen. Daran vermag auch der durch ihn am 21. April 2016 (vgl. E. II. 6.2.7 hiervor) verfasste Bericht nichts zu ändern. So bestätigte er darin die bereits im Bericht vom Januar 2016 ausgewiesenen Diagnosestellungen und hielt explizit fest, im Vergleich mit der letzten Untersuchung vom 21. Januar 2016 gebe es keine wesentlichen Befundänderungen objektiver und subjektiver Art. 6.3.2 Es kann folglich – auch gestützt

auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. E. ___ vom 21. Januar 2016 – davon ausgegangen werden, dass sich seit dem Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 27. Mai 2015 keine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers präsentiert. Dafür spricht im Übrigen auch, dass der Kreisarzt Dr. med. E. ___ in seinem Bericht vom Januar 2016 betreffend die dem Beschwerdeführer zumutbaren Tätigkeiten auf den durch ihn bereits am 22. Januar 2015 (vgl. E. II. 6.1.6 hiervor) verfassten kreisärztlichen Bericht verwies. Ferner hielt er im Bericht vom 21. April 2016 zusammenfassend fest, es habe nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verschlimmerung seit dem 21. Januar 2016 bestätigt werden können. 6.4 An diesen Ausführungen vermag im Übrigen auch die nach dem Einspracheentscheid vom 10. Mai 2016 verfasste chirurgische Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G. ___ vom 2. August 2016 (vgl. E. II. 6.2.8 hiervor) nichts zu ändern. Seine Aufgabe bestand im Wesentlichen in der Überprüfung, ob sich aus den Akten der IV-Stelle neue medizinische Gesichtspunkte ergäben. Dies konnte er im Rahmen seines Berichts verneinen. Zudem ging auch er davon aus, dass eine entscheidende, dauerhafte Verschlechterung, welche die Gebrauchsfähigkeit der rechten oberen Extremität gegenüber den Vorbefunden erheblich einschränken würde, nicht eingetreten sei. 7. Es kann folglich nicht von einer erheblich veränderten gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers innerhalb des Vergleichszeitraumes vom 27. Mai 2015 bis 10. Mai 2016 ausgegangen werden. Damit entfallen die Voraussetzungen für die Durchführung einer Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG (vgl. E. II. 3.5 hiervor). Dies hat die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 10. Mai 2016 korrekt festgestellt (vgl. A.S. 6). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Mai 2015 gestützte auf einen Invaliditätsgrad von 24 % zugesprochene Rente weiterhin ausrichtet (vgl. A.S. 6). 8. In Bezug auf den durch den Beschwerdeführer mit Unfallmeldung vom 23. März 2016 (Suva-Nr. 163) geltend gemachten Rückfall ist zu prüfen, ob der Vorfall vom 21. Februar 2016 zu einem erneuten Anspruch auf Taggelder geführt hat. 8.1 Gemäss dem Bericht der Beschwerdegegnerin vom 2. Juni 2016 (Suva-Nr. 181 S. 7 ff.) betreffend die Besprechung/Befragung des Beschwerdeführers habe der Beschwerdeführer am 21. Februar 2016 bemerkt, dass die Geschirrspülmaschine zu Hause aufgrund eines technischen Defekts ausgelaufen sei. Da das Wasser bereits bis ins Wohnzimmer gelaufen sei und er sich allein zu Hause befunden habe, habe er dieses mit Hilfe eines Putzlappens aufnehmen wollen. Er habe rund 2,5 Stunden benötigt, bis der Boden in etwa trocken gewesen sei. Dabei habe es ihm in einer knienden Position mit ausgestrecktem rechtem Arm einen Schlag in die rechte Schulter versetzt. Am Abend habe er dann zunehmend Schmerzen in seiner rechten Schulter bekommen und ein Inflammac 75 eingenommen. In der darauffolgenden Nacht hätten die Schmerzen nochmals deutlich zugenommen, so dass er den Hausarzt Dr. med. C. ___ habe aufsuchen müssen. 8.2 Der Kreisarzt Dr. med. E. ___ hielt in seinem Bericht vom 21. April 2016 (vgl. E. II. 6.2.7 hiervor) fest, es seien im Vergleich zum Bericht vom 21. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor) – der zum Fallabschluss nach dem vorhergehenden Rückfall führte – keine wesentlichen subjektiven oder objektiven Befundänderungen feststellbar. Es sei aus unfallchirurgischer Sicht von einem medizinisch stabilen Zustand auszugehen, wobei von weiteren Behandlungen aktuell nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. 8.3 Gestützt auf diese Ausführungen des Kreisarztes Dr. med. E. ___ im Bericht vom 21. April 2016 ist davon auszugehen, dass der Vorfall vom 21. Februar 2016

keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bewirkt hat und der Zeitpunkt für den Fallabschluss Ende Februar 2016 erreicht war, so wie es auch bereits die Untersuchung vom 21. Januar 2016 ergeben hatte (vgl. E. II. 6.2.6 hiervor). Diese Schlussfolgerung stützte im Übrigen auch Dr. med. G. ___ in seiner Stellungnahme vom 2. August 2016 (vgl. E. II. 6.2.8 hiervor). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Taggelder und Heilbehandlung mit dem 29. Februar 2016 eingestellt und eine Erhöhung der Rente geprüft hat (vgl. dazu BGE 140 V 65). 9. Damit ist der Einspracheentscheid vom 10. Mai 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 10. Wie bereits unter E. II. 4.5 hiervor ausgeführt, kann der Sachverhalt vom Gericht nur bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids, d.h. vorliegend bis zum 10. Mai 2016, beurteilt werden. Dem Beschwerdeführer bleibt es jedoch unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin unter Einreichung sämtlicher medizinischer Berichte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nach dem 10. Mai 2016 geltend zu machen. 11. Das Verfahren ist grundsätzlich kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 30

Tageseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheit 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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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