

200 16 174 UV
MAW/SAW/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 6. Juni 2016

Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1956 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA resp. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert, als er gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 7. März 2013 (Akten der SUVA [act. II] 1) am 16. Januar 2013 während der Arbeit beim Ausladen eines Steuerschranks eine Muskelüberdehnung der rechten Achsel erlitt. Die SUVA anerkannte daraufhin ihre Leistungspflicht (act. II 2) und bezahlte zwei Arztrechnungen vom 27. Februar 2013 sowie vom 2. März 2013 und übernahm die Kosten für am 27. Februar 2013 angefertigte Röntgenbilder (vgl. TP-Rechnungen vom 17. Juni 2013 und vom 7. März 2014, in den Gerichtsakten).

Am 28. Januar 2014 begab sich der Versicherte wegen persistierenden Schmerzen erneut in ärztliche Behandlung (act. II 3) und meldete dies am 16. April 2014 der SUVA (act. II 4). Diese holte in der Folge diverse medizinische Unterlagen ein und veranlasste beim Kreisarzt Dr. med. B. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, eine ärztliche Beurteilung, datiert vom 9. April 2015 (act. II 38). Gestützt darauf verneinte sie mit Verfügung vom 30. April 2015 (act. II 40) ihre Leistungspflicht und legte zur Begründung dar, zwischen dem Unfall vom 16. Januar 2013 und den gemeldeten Schulterbeschwerden rechts bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 41) wies sie nach Einholung einer weiteren kreisärztlichen Beurteilung vom 9. Dezember 2015 (act. II 57) mit Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 (act. II 58) ab.

B.

Mit Eingabe vom 1. Februar 2016 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die bisherigen

Behandlungskosten inkl. Massagen, Schmerzmittel und diverse Osteopathie-Therapien in der Höhe von rund Fr. 3'500.-- zu übernehmen und für künftig notwendige Therapien oder Massagesitzungen aufzukommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 (act. II 58). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung für die als Folgen des Ereignisses vom 16. Januar 2013 geltend gemachten Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich.

1.3 Beantragt wird die Übernahme der bisherigen Heilungskosten im Umfang von rund Fr. 3'500.-- (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5) so-

wie die Bezahlung der zukünftigen Therapie- und Massagekosten. Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

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

2.

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

2.2

2.2.1 Die Versicherungsleistungen werden grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). 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).

2.2.2 Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum da-

maligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 31. Juli 2013, 8C_400/2013, E. 4 und vom 17. Dezember 2008, 8C_185/2008, E. 4.3).

2.2.3 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 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheidung des BGer vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). 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).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. Februar 2014 (act. II 3) klinisch asymmetrische Sternoclaviculargelenke (SC-Gelenke) mit deutlich prominenterem Gelenk rechts, geringe AC-Arthrose rechts sowie ein Becken- und Schultertiefstand rechts. Der Patient habe sich am 27. Februar 2013 erstmals zur ärztlichen Behandlung gemeldet. Dabei sei klinisch im Vergleich zu links ein deutlich prominentes SC-Gelenk, eine etwas verspannte Trapeziusmuskulatur und beidseits frei bewegliche Schultern festzustellen gewesen. Radiologisch habe sich lediglich eine geringe AC-Arthrose rechts gezeigt bei sonst unauffälligen Verhältnissen. Zur weiteren lokalen Therapie sei eine Rheumasalbe verordnet worden. Am 28. Januar 2014 habe sich der Patient, nachdem osteopathische Therapien und Massagetherapien mit nur vorübergehender Linderung durchgeführt worden seien, wegen persistierenden Beschwerden erneut gemeldet. Klinisch habe ein Beckentiefstand rechts bei bekannter Beinlängendifferenz von ca. 2 cm und ein Schultertiefstand imponiert. Das SC-Gelenk rechts sei immer noch deutlich prominent gewesen, die Halswirbelsäulenbeweglichkeit allseits um einen Drittel eingeschränkt und die Schultern beidseits frei beweglich.

3.1.2 Im Bericht vom 13. Februar 2014 (act. II 25 S. 2) nannte Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie FMH, als Diagnose eine erosive SC-Gelenkdegeneration rechts (diskret beginnend auch links), nicht weiter differenzierbar (am ehesten als wenig symptomatisches TIEZE-Syndrom einzuordnen; S. 1). Betreffend Beschwerden habe der Patient selber erklärt, er könne lediglich sporadisch und wechselhaft akzentuiert/auf tretend immer noch ziehende Beschwerden im Nacken rechts verspüren (zeitweise etwas Aufsteigend in den rechten Hinterkopf). Weitere spezifische Sensationen habe er nicht beschrieben; insbesondere bestünden bei der beruflichen Tätigkeit keine wesentlichen Einschränkungen und auch die sportlichen Aktivitäten inkl. Racket-Sportarten seien problemlos möglich. Gestützt auf den klinischen Untersuchungsbefund legte Dr. med. D._____ dar, lokal sei von einem formell Pannus-geprägten verschwielenden Prozess im SC-Gelenk rechts auszugehen. Die radiologische Untersuchung habe diesen Befund bestätigt, ohne dass sich weitere Hinweise für ein differenziertes oder zugrundeliegendes spezifisches Geschehen aus dem rheumatologischen Formenkreis gezeigt hätten. Wichtig sei, dass der Lokalbefund

selber nie Beschwerden bereitet habe und einzig die kosmetische Entwicklung aufgefallen sei (S. 2). Das initial erlebte Beschwerdebild im Nacken sei als sekundäre funktionale Dysbalance der oberen Scapula-Alaren Muskelschleife aufgrund des Wegfalls der natürlichen Beweglichkeit im SC-Gelenk rechts zu sehen. Er habe die Situation mit dem Patienten besprochen und distanzieren sich persönlich bewusst von infiltrativen Massnahmen. Auch für eine medikamentöse Therapie sehe er vorerst wenig spezifische Ansätze. Die dominierenden Beschwerden im funktionalen Sinne der Nackenmuskulatur rechts könnten indessen mit bedarfsweiser akzentuierter Physiotherapie angegangen werden (S. 3).

3.1.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 4. Juni 2014 (act. II 21), der Patient habe eine Luxation des SC-Gelenkes rechts erlitten und beklage ausstrahlende Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich, vor allem rechts. Für ein operatives Vorgehen sei grosse Zurückhaltung indiziert, da die Resultate oft nicht befriedigend seien. Für die weitergehende Therapie veranlasste er eine osteopathische Behandlung.

3.1.4 Im ärztlichen Bericht vom 9. April 2015 (act. II 38) gab der Kreisarzt Dr. med. B. _____ an, diagnostisch lasse sich ein Status nach Verhebetauma im rechten Schulterbereich und Arthritis im SC-Gelenk beidseits (rechts stärker als links, unklarer Genese) festhalten. Ein Verhebetauma könne zu einer Subluxation (Teilverrenkung) des Gelenkes führen. Instabilitätszeichen seien allerdings nicht dokumentiert und radiologisch seien die Gelenkflächen noch kongruent. Daher könne eine rein traumatische Ursache ausgeschlossen werden. Aufgrund der rundlichen Knochendefekte sei am ehesten an eine Gelenkentzündung im Rahmen einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung zu denken. Solche Entzündungen – oft fälschlicherweise als TIEZE-Syndrom bezeichnet – träten gehäuft bei entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen (Spondylarthritiden) auf. Denkbar sei auch eine reine verschleissbedingte Gelenkentzündung mit Knochendefekten (S. 2). Unter diesen Umständen sei davon auszugehen, dass ein entzündlicher, aber nicht klinisch aktiver Vorzustand in den SC-Gelenken, insbesondere rechts, bestanden habe. Somit sei das Verhebetauma mit überwie-

gender Wahrscheinlichkeit auslösend, aber nicht ursächlich für die Veränderungen gewesen. Die Unfallkausalität sei daher abzulehnen (S. 3).

Am 9. Dezember 2015 (act. II 57) bestätigte Dr. med. B. _____ seine gestellten Diagnosen und legte im Weiteren dar, im vorliegenden Fall müsse eine vorübergehend aktivierte Arthrose des SC-Gelenkes rechts angenommen werden. Das Ereignis im Januar 2013 sei geeignet gewesen, die Arthrose im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung zu aktivieren, wobei jedes andere Heben einer gleichschweren Last ebenfalls zu dieser Situation hätte führen können. Unter geeigneter konservativer Therapie sei davon auszugehen, dass die ereignisbedingten Folgen, nämlich die Schwellung des Gelenkes und die Schmerzen, innerhalb von vier bis sechs Wochen zurückgegangen seien, so dass der Vorzustand seit diesem Zeitpunkt wieder hergestellt sei (S. 2). Das Ereignis habe zudem keine zusätzlichen strukturellen Läsionen im SC-Gelenk ausgelöst, weshalb das krankhafte Leiden nicht früher zur Entwicklung gebracht oder in seinem natürlichen (zeitlichen) Ablauf beschleunigt worden sei. Ferner habe der Unfall die vorbestehenden Läsionen auch nicht erst in ein bleibendes schmerzhaftes Stadium versetzt, vielmehr sei dieses durch eine geeignete konservative Therapie zu überwinden gewesen (S. 3).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlag-

gebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3

3.3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 16. Januar 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (act. II 1; vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen (vgl. TP-Rechnungen vom 17. Juni 2013 und vom 7. März 2014, in den Gerichtsakten) erbracht. Weiter geht aus den Akten hervor, dass im vorliegenden Fall – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 2) – ein Abschluss des Grundfalls auch ohne förmliche Mitteilung durch die Beschwerdegegnerin angenommen werden kann (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Denn gestützt auf die Bagatellunfall-Meldung vom 7. März 2013 (act. II 1) ist von einem eher harmlosen Unfall auszugehen, der gemäss den Angaben des Beschwerdeführers lediglich zu einer Muskelüberdehnung der rechten Achsel geführt hat und nie eine Arbeitsunfähigkeit begründete (act. II 1; 14). Zudem kann angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer zwischen dem 2. März 2013 und dem 28. Januar 2014 keinen Arzt aufsuchte, auch auf einen günstigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Daran ändert nichts, dass der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit im März 2013 zwei Osteopathie-Behandlungen sowie ab April 2013 acht manuelle Behandlungen resp. Massagen durchführen liess (act. I 5), waren diese Behandlungen doch alle nicht ärztlich verordnet worden. Vielmehr sah der Hausarzt Dr. med. C._____ aufgrund der unfallbedingten Beschwerden einzig eine lokale Therapie mit Rheumasalben vor (act. II 3). Daraus folgt, dass während der Zeitperiode ab der letzten ärztlichen Untersuchung bei Dr. med. C._____ vom 2. März 2013 bis zu dessen erneuter Konsultation am 28. Januar 2014 (act. II 3) keine ärztlich attestierte Behandlungsbedürftigkeit bestand. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer am 11. Februar 2014 bei Dr. med. D._____ angab, bei der beruflichen Tätigkeit beständen

keine wesentlichen Einschränkungen und auch sportliche Aktivitäten inkl. Racket-Sportarten seien problemlos möglich (act. II 25 S. 3). In Anbetracht dessen ist vorliegend denn auch auszuschliessen, dass in der leistungsfreien Zeit Brückensymptome vorhanden waren. Die der Beschwerdegegnerin im April 2014 (act. II 4) gemeldeten Beschwerden sind somit ohne weiteres als Rückfall zum Unfall vom 16. Januar 2013 zu beurteilen.

3.3.2 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 (act. II 58) massgeblich auf die Berichte von Dr. med. B. _____ vom 9. April 2015 und vom 9. Dezember 2015 (act. II 38; 57) gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Dr. med. B. _____ hat sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere auch gestützt auf die bildgebenden Untersuchungen (vgl. act. II 38 S. 2) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Kausalität nachvollziehbar begründet. Zudem sind die Darlegungen für die streitigen Belange umfassend. Dr. med. B. _____ legte überzeugend und plausibel dar, dass im vorliegenden Fall von einer vorübergehend aktivierten Arthrose des SC-Gelenkes rechts ausgegangen werden muss und der Unfall vom 16. Januar 2013 geeignet war, die Arthrose im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung zu aktivieren. Weiter führte er nachvollziehbar aus, dass der Status quo sine spätestens vier bis sechs Wochen nach dem Unfallereignis erreicht war (act. II 57 S. 2). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig sondern lässt sich auch ohne weiteres in das von sämtlichen behandelnden Ärzten gezeichnete Gesamtbild einfügen. Gestützt auf das Dargelegte sowie unter Berücksichtigung des geschilderten Ereignisherganges (act. II 1), der zu Beginn geklagten Beschwerden sowie der damaligen bildgebenden Untersuchung vom 27. Februar 2013 (act. II 3) ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die mit Rückfallmeldung vom 16. April 2014 (act. II 4) geltend gemachten Beschwerden im Nacken- und Schulterbe-

reich auf das Ereignis vom 16. Januar 2013 zurückgeführt werden können. Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht ihre Leistungspflicht diesbezüglich verneint.

4.

Nach dem Dargelegten erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 6. Januar 2016 (act. II 58) als rechtens und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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