

200 16 1049 UV
KNB/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Januar 2018

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 26. September 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitete von Januar 2000 bis Ende Januar 2015 für die C._____ AG und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert (Dossier der Suva, Antwortbeilage [AB] 1, 14 S. 1). In der Bagatellunfall-Meldung vom 26. Februar 2015 meldete der Versicherte, er sei am 4. Dezember 2014 auf dem Nachhauseweg auf Ästen unglücklich gestolpert und habe sich noch mit dem Arm an einem Strauch halten können, jedoch sei er dennoch hingefallen. Er habe sich eine Zerrung an der Schulter rechts zugezogen (AB 1). Die Suva holte den Bericht nach einem MRI der rechten Schulter vom 23. Februar 2015 (AB 15) sowie den Bericht von PD Dr. med. D._____, Klinik E._____, vom 14. Juli 2015 (AB 22) ein. Weiter veranlasste sie eine ärztliche Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 11. November 2015 (AB 28). Ferner wurden der Operationsbericht vom 5. November 2015 (AB 34) und der Austrittsbericht der Ärzte des Spitals G._____, vom 9. November 2015 (AB 33) eingereicht.

Mit Verfügung vom 3. Dezember 2015 schloss die Suva den Fall per 4. November 2015 ab und lehnte für die Zeit danach einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab. In der Begründung hielt sie fest, aufgrund der medizinischen Unterlagen seien die heute bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur (AB 35). Im Bericht vom 10. Dezember 2015 nahm der behandelnde Arzt PD Dr. med. D._____ Stellung (AB 39). Gegen die Verfügung vom 3. Dezember 2015 erhob der Versicherte am 17. Dezember 2015 Einsprache (AB 37). In der Folge erstellte der Kreisarzt Dr. med. F._____ eine Ergänzung zur ärztlichen Beurteilung vom 26. Januar 2016 (AB 43) und die Suva holte eine chirurgische Beurteilung von med. pract. H._____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie, Suva Versicherungsmedizin, vom 14. September 2016 (AB

65) ein. Mit Entscheid vom 26. September 2016 wies die Suva die Einsprache ab (AB 66/72).

B.

Am 27. Oktober 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt, der Einspracheentscheid vom 26. September 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien rückwirkend ab 4. November 2015 sämtliche ihm im Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. Dezember 2014 zustehenden Versicherungsleistungen, namentlich Heilkosten, Taggelder etc. zuzusprechen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 26. September 2016 aufzuheben und es sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen und gestützt darauf eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorzunehmen. Subeventualiter sei der Einspracheentscheid vom 26. September 2016 aufzuheben und die Sache zur Beurteilung im Sinne der Erwägungen an die Suva zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2017 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Dazu reichte sie eine chirurgische Beurteilung vom med. pract. H. _____ vom 8. Februar 2017 ein (Verfahrensakten).

Der Beschwerdeführer reichte am 21. Juni 2017 Schlussbemerkungen, zusammen mit einer Stellungnahme von PD Dr. med. D. _____ vom 17. Mai 2017, ein (Beschwerdebeilage [BB] 8).

Am 30. November 2017 hielt die Suva an ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und reichte eine Bestätigung des Chefarztes der Suva ein, wonach die Ausarbeitung einer Richtlinie „Defekte der Rotatorenmanschette und unfallähnliche Körperschädigung“ in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft I. _____ zu keinem konsensfähigen Ergebnis geführt habe (Verfahrensakten).

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Entscheid vom 26. September 2016 (AB 66/72), mit welchem die Einsprache gegen die Verfügung vom 3. Dezember 2015 (AB 35) abgewiesen und die Einstellung der UV-Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. Dezember 2014 per 4. November 2015 bestätigt wurde. Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen nach dem 4. November 2015 hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

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

2.

2.1 Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 108 E. 5.1).

2.2 Der Beschwerdeführer macht vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend und bringt dazu vor, die Parteirechte seien nicht gewahrt worden, da ihm vor Erlass des Einspracheentscheids die chirurgische Beurteilung von med. pract. H. _____ vom 14. September 2016 nicht zur Stellungnahme unterbreitet worden sei. Vorliegend kann die Frage, ob durch das Vorgehen der Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt worden ist, mit Blick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben. Im Übrigen ist zu bemerken, dass nach der Rechtsprechung eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten kann, wenn – wie im vorliegenden Fall – die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

3.

3.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderungen vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich

vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

3.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

3.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

3.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("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).

3.3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

zu befinden hat. Die 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).

3.4 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

3.4.1 Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der *status quo ante* noch der *status quo sine* je wieder erreicht werden können, so liegt eine richtunggebende Verschlimmerung vor (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1).

3.4.2 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles 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 beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

3.5 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 bezüg-

lich 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).

4.

4.1 Es ist unter den Parteien unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer am 4. Dezember 2014 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Zum Unfallablauf führte der Beschwerdeführer aus, er sei auf dem Heimweg gestolpert, dabei habe er versucht, sich an einem Strauch rechts von ihm mit der rechten Hand festzuhalten, er habe aber den Fall nicht verhindern können. Bei seinem Versuch, sich festzuhalten, habe er sich an der rechten Schulter anscheinend etwas zugezogen, da er seither in der rechten Schulter Schmerzen habe (E-Mail vom 17. Februar 2015 [AB 6]). Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge bis zum 4. November 2015 die gesetzlichen Leistungen. Umstritten ist jedoch die Leistungseinstellung per 4. November 2015 und damit die Frage, ob die natürliche Kausalität zwischen den weiterhin vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, welche eine Operation am 5. November 2015 zur Folge hatten (vgl. AB 34), und dem Ereignis vom 4. Dezember 2014 weggefallen ist.

4.2 Den Akten ist aus medizinischer Sicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.2.1 Am 17. Februar 2015 führte Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik E. _____, an, es fänden sich klinisch und anamnestisch deutliche Anzeichen einer Läsion der Rotatorenmanschette rechts, die eindeutig traumatisch ausgelöst worden sei; es sei ein MRI zu erstellen (AB 49 S. 2).

4.2.2 Im Bericht vom 23. Februar 2015 hielt der Arzt der Klinik K. _____ nach einem MRI der rechten Schulter fest, es bestehe eine transmurale subtotale Partialruptur der Supraspinatussehne mit mittelgradiger Muskelatrophie und leichter fettiger Degeneration. Es liege ein Hin-

weis auf ein subacromiales Impingementsyndrom bei Acromion Typ III nach Bigliani mit subacromialem Sporn sowie aktivierter hypertropher AC-Gelenksarthrose mit Verschmälerung des subacromialen Raums und Impressionen der Supraspinatussehne vor. Ferner bestehe eine gelenksseitige Partialruptur der Infraspinatussehne mit mittelgradiger Atrophie sowie eine kraniale Partialruptur der Subscapularissehne ohne Muskelatrophie. Es lägen schwere degenerative Veränderungen mit Partialruptur der langen Bicepssehne im intraartikulären Verlauf vor und eine Längsruptur der langen Bicepssehne im Sulcus intertubercularis. Es würden Zeichen der Synovitis mit heterogenem Inhalt der Gelenkkapsel DD Capsulitis adhesiva bei verschmälertem Recessus axillaris festgestellt (AB 15).

4.2.3 Im Bericht vom 14. Juli 2015 diagnostizierte der behandelnde PD Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine traumatische massive Rotatorenmanschettenläsion nach Sturz im Dezember 2014 rechts (SSP/ISP und 1/3 SSC), eine Bicepsluxation und Tendinopathie rechts sowie ein anterior-/superior Konflikt und Bursitis rechts. Es werde der Patient über sämtliche therapeutischen Optionen aufgeklärt (AB 22).

4.2.4 Im Bericht vom 11. November 2015 diagnostizierte der Suva-Kreisarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine zeitlich zurückliegende Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion von 1,5 - 2 cm, eine massive ACG-Arthrose und ein Impingement-Syndrom rechte Schulter, eine Teilruptur der Infraspinatus- und Subscapularissehne kranial allseits mit leicht fettiger Degeneration (Goutallier I) und eine Tendinose der langen Bicepssehne intraartikulär sowie einen Status nach Schulterdistorsion rechts am 4. Dezember 2014. Bezüglich der Beschreibung des Unfallablaufs habe grundsätzlich beim Sturz eine Zugbelastung auf das rechte Schultergelenk und somit auch auf die Sehnen der Rotatorenmanschette bestanden. Insofern wäre eine Schädigung möglich gewesen. Zu den Befunden gestützt auf das MRI vom 23. Februar 2015 hielt der Suva-Kreisarzt fest, die bereits deutliche Retraktion der Supraspinatussehne weise auf einen zeitlich vor dem aktuellen Trauma vom 4. Dezember 2014 liegenden Schaden der Rotatorenmanschette hin. Innerhalb von drei Monaten sei eine Retraktion von

über 1 cm nicht möglich. Aufgrund der ebenfalls festgestellten erheblichen ACG-Arthrose mit Impingement müsse beim 53jährigen auch von einer vorbestehenden erheblichen Degeneration der Sehnen ausgegangen werden (AB 28 S. 2). Es müsse eindeutig von einer zeitlich länger zurückliegenden Rotatorenmanschettenruptur ausgegangen werden, als die zwischen der MRI-Untersuchung und dem Ereignis abgelaufenen 2 1/2 Monate. Es sei weiter eine Tendinitis der Supraspinatussehne vorgefunden worden. Im MRI werde auch eine Längsruptur beschrieben. Auch hier sei eher von einer degenerativen Veränderung im Rahmen des Impingementsyndroms der Schulter auszugehen. Eine frische strukturelle Läsion der Bicepssehne sei nicht festgestellt worden. Es würde sich hier im versicherungsmedizinischen Sinne allenfalls um eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes handeln. Weiterhin sei noch eine fragliche Kapsulitis im axillären Bereich, also im inferioren Kapselbereich festgestellt worden. Diese würde zu dem angegebenen Sturzmechanismus durchaus passen. Auch hier würde es sich allerdings um eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes handeln, der unter geeigneter Therapie innerhalb von drei Monaten wieder erreicht gewesen wäre (AB 28 S. 4). Zusammenfassend ging der Suva-Kreisarzt davon aus, dass das Ereignis vom 4. Dezember 2014 zwar auslösend für die Beschwerden, nicht aber ursächlich für den vorgefundenen Schaden sei. Ein erheblicher Vorschaden der Rotatorenmanschette sei erst symptomatisch geworden (AB 28 S. 5).

4.2.5 Im Austrittsbericht vom 9. November 2015 – nach einem operativen Eingriff am 5. November 2015 mit einer arthroskopischen Rekonstruktion mit traumatischen massiven RM-Ruptur rechts (SSP-, ISP-, SSC-Sehne 1/3), Bizepstenodese, Acromioplastik und Bursektomie rechts – hielten die Ärzte des Spitals G. _____ fest, dass der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos gewesen sei. Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 5. November bis 23. Dezember 2015 (AB 33).

4.2.6 Im Bericht vom 10. Dezember 2015 führte PD Dr. med. D. _____ aus, der Patient habe im Dezember 2014 einen Sturz und daraufhin eine massive Rotatorenmanschettenläsion erlitten. Die heutige Situation sei so, dass eine isolierte kleine Supraspinatussehnenläsion auch häufig auf degenerativer Art zu Stande kommen könne. Jedoch sei seines Erachtens die

massive anterosuperiore Läsion mit Beeinträchtigung des Subscapularis, Bizepssubluxation in klar forciertem Aussenrotationstrauma im Dezember 2014, respektive Februar 2015, bei einem jungen Patienten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als traumatisches Ereignis zu begründen. Zudem seien die fehlende Verfettung und Atrophie der Rotatorenmanschette weiter mit einem frischen, traumatischen Ereignis „vergesellschaftet“. Letztendlich habe zum Zeitpunkt der Operation ein kleiner Reststummel an der Rotatorenmanschette bestanden, was wiederum ein indirektes Zeichen eines traumatischen Ereignisses darstelle (AB 39).

4.2.7 In der chirurgischen Beurteilung vom 14. September 2016 führte med. pract. H. _____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie, Suva Versicherungsmedizin, u.a. aus, die muskuläre Atrophie von Teilen der Rotatorenmanschette, die Ausbildung von Knochenspornen am Acromion und die schweren Verschleisserscheinungen der Sehne des langen Bizepskopfes seien – wie auch die fortgeschrittene Arthrose des AC-Gelenks rechts – überwiegend wahrscheinlich bereits vor dem Ereignis vom 4. Dezember 2014 vorhanden gewesen. Die Muskelatrophien wie auch die Kombination der partiellen Zusammenhangstrennungen der Supraspinatussehne, Infraspinatussehne, Subscapularissehne und der Sehne des langen Bizepskopfes sprächen dafür, dass diese nicht durch ein einmaliges Trauma entstanden seien, sondern Ausdruck eines fortgeschrittenen Stadiums der Tendinopathie seien. Durch das Ereignis vom 4. Dezember 2014 sei wahrscheinlich der zuvor asymptotische Zustand der rechten Schulter (es lägen allerdings keine Belege dafür vor, dass der Beschwerdeführer zuvor beschwerdefrei gewesen sei) symptomatisch geworden. Unfallkausale strukturelle Schäden seien im Bereich der rechten Schulter bildgebend oder durch klinische Untersuchungen nicht dokumentiert. Eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes sei somit überwiegend wahrscheinlich nicht eingetreten. Zusammenfassend führte med. pract. H. _____ aus, eine kausale Entstehung der mit der MR-Arthrographie vom 23. Februar 2015 dokumentierten Veränderungen im Bereich der rechten Schulter, insbesondere der partiellen Zusammenhangstrennungen der Sehnen der Rotatorenmanschette durch das Ereignis vom 4. Dezember 2014, sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Der Status quo sine sei überwiegend wahrscheinlich drei Monate nach dem

Ereignis vom 4. Dezember 2014 erreicht worden, spätestens jedoch zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 4. November 2015 (AB 65 S. 11).

4.2.8 Dr. med. D. _____ führte am 20. Oktober 2016 aus, bei massiven Rotatorenmanschettenrupturen sei nur selten bis nie ein klar sichtbares Hämaton etabliert. Eine AC-Gelenksarthrose sei degenerativen Charakters und in keiner Weise im Zusammenhang mit dem Trauma zu stellen. Der von ihm erwähnte antero-superiore Konflikt beschreibe nicht eine Impingement-Situation zwischen dem Oberarmkopf und dem Schulterdach, sondern eine sinnbildliche Problemsituation zwischen der Bizepssehne, dem CA Ligament und ihr nicht mehr gehaltenen Führung und der Ruptur der Rotatorenmanschette und begleitender Bursitis (BB 5).

4.2.9 In der chirurgischen Beurteilung vom 8. Februar 2017 hielt med. pract. H. _____ u.a. zu den Ausführungen von Dr. med. D. _____ fest, wenn mit den Unterlagen im konkreten Fall eine Schwellung, ein Gelenkserguss sowie eine Einblutung in die Weichteile der rechten Schulter zeitnah zum Unfallereignis dokumentiert wäre, läge ein gewichtiger Grund für eine Bejahung der Unfallkausalität vor; dem würde der behandelnde Arzt sicher zustimmen. Einzig die Tatsache, dass (am 17. Februar 2015) eine ärztliche Konsultation erfolgt sei, bedeute nicht sicher, dass der Status quo sine noch nicht erreicht wäre (Verfahrensakten).

4.3 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).

4.4

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

4.4.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

4.4.3 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger

stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.4.4 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt.

4.5 Die Beschwerdegegnerin stellt ihren Entscheid auf die Ausführungen der internen Fachärzte Dr. med. F._____ und med. pract. H._____ ab: Sie gelangen zum Ergebnis, dass das Ereignis vom 4. Dezember 2014 zwar auslösend für die Beschwerden, aber nicht ursächlich für den vorgefundenen Schaden sei. Beide Ärzte gehen letztlich davon aus, dass ein Vorschaden vorhanden gewesen sei, dass das Ereignis vom 4. Dezember 2014 zu einer vorübergehenden aber nicht richtunggebenden Verschlimmerung geführt habe und dass der Status quo sine drei Monate danach, jedoch spätestens zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung vom 4. November 2015 erreicht gewesen sei (vgl. AB 28 S. 5, 65 S. 11). Im vorliegenden Fall kann den Ausführungen der versicherungsinternen Fachärzte nicht ohne weiteres gefolgt werden. PD Dr. med. D._____ geht bereits in den Berichten vom 14. Juli (AB 22) und 10. Dezember 2015 (AB 39) davon aus, dass die massive anterosuperiore Läsion mit Beeinträchtigung des Subscapularis, Bizepssubluxation in klar forciertem Aussenrotations-trauma mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 4. Dezember 2014 zurückzuführen sei. Auch im Bericht vom 20. Dezember 2016, worin er nach Rückfrage der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (BB 4) eine traumatische Ruptur des Supraspinatus Vorderrandes und Infraspinatus mit Bicepsspulleyläsion und Cleavage Läsion des Subscapularis diagnostiziert (BB 5), hält er an der Einschätzung fest, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Läsion der Rotatorenman-

schette vorgelegen habe (BB 5). Obschon auf seine Einschätzung auch nicht abschliessend abgestellt werden kann (vgl. E. 4.4.4 hiervor), vermag der behandelnde Spezialarzt jedoch geringe Zweifel an der Einschätzung der internen Fachärzte der Beschwerdegegnerin zu wecken. Der behandelnde Facharzt und die internen Fachärzte der Beschwerdegegnerin sind sich bezüglich verschiedener Punkte uneinig, u.a. geht Dr. med. D._____ davon aus, dass sich bei massiven Rotatorenmanschettenrupturen nur selten bis nie ein klar sichtbares Hämatom etabliere (BB 5), führt med. pract. H._____ demgegenüber an, es würden mit dem MRI vom 23. Februar 2015 keine Zeichen einer Traumatisierung der rechten Schulter dokumentiert. Allgemein hielt med. pract. H._____ fest, dass abgesehen von einem Knochenödem, das in der Regel noch vier bis acht Monate nach einem Trauma nachgewiesen werden könne, andere Zeichen eines stattgehabten Traumas und einer frischen traumatischen Rotatorenmanschettenzerreissung fast zwölf Wochen nach dem Ereignis in der Regel auch nicht mehr darstellbar seien (AB 65 S. 7). Gestützt auf die medizinischen Akten kann zurzeit die Frage, ob der Schaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 4. Dezember 2014 zurückzuführen bzw. ob eine vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung und/oder ob (allenfalls) der Status quo sine oder quo ante bereits am 4. November 2015 eingetreten ist, nicht überzeugend und schlüssig geklärt werden. Nur nebenbei sei erwähnt, dass unter den Fachärzten Uneinigkeit betreffend der zitierten Literatur und Unstimmigkeiten bezüglich anzuwendender Richtlinien zur Beurteilung von Rotatorenmanschettenläsionen besteht: Diese wären gemäss PD Dr. med. D._____ in der Beurteilung zu berücksichtigen gewesen (vgl. Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 [BB 5]), was demgegenüber med. pract. H._____ verneint, da zu den fraglichen Richtlinien kein Konsens zwischen den beteiligten Autoren bestehe (vgl. Stellungnahme vom 8. Februar 2017 [Verfahrensakten]) bzw. da die Ausarbeitung einer Richtlinie „Defekte der Rotatorenmanschette und unfallähnliche Körperschädigung“ in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft I._____ zu keinem konsensfähigen Ergebnis geführt habe (Stellungnahme des Chefarztes der Suva Dr. med. L._____ vom 28. November 2017 [Verfahrensakten]).

Ist der Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen abzustützen, so sind an die Beweiswürdigung besonders strenge Anforderungen zu stellen. Liegen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Berichte von internen Fachärzten – wie im vorliegenden Fall – vor, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 4.4.2 hiervor). Die Suva hat unter diesen Umständen vorliegend den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt. Mit Blick auf den Untersuchungsgrundsatz (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a S. 282 f.) und den Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen (vgl. BGE 122 V 34 E. 2b S. 36) hat die Beschwerdegegnerin die nötigen Abklärungen vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin hat bisher darauf verzichtet, ein externes Gutachten einzuholen; gemäss der Rechtsprechung (vgl. E. 4.4.3 hiervor) wäre dies jedoch im vorliegenden Fall notwendig gewesen und ist nun nachzuholen.

4.6 In Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. September 2016 (AB 66) aufzuheben und die Sache ist an die Suva zurückzuweisen zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen.

5.

5.1 Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Diese sind mit Blick auf die Kostennote vom 21. Juni 2017 – bei einem angemessenen Zeitaufwand von 12 Stunden und ca. 40 Minuten – auf Fr. 3'613.25 festzusetzen (Honorar von Fr. 3'165.--, Auslagen von Fr. 180.60 und Mehrwertsteuer von Fr. 267.65 [8 % von Fr. 3'345.60]).

5.3 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Die Kosten eines vom Versicherten selbst veranlassten Privatgutachtens sind

vom Versicherer zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des im kantonalen Beschwerdeverfahren beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm nach dem Untersuchungsgrundsatz obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 15 f. E. 10). Dem im Auftrag des Beschwerdeführers erstellten Bericht der Klinik E. _____ vom 21. Oktober 2016, dessen Kosten von Fr. 300.-- die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers im Rahmen der Kostennote einfordert, kommt hier keine ausschlaggebende Bedeutung zu, vielmehr wird bereits in früheren Berichten klar dargelegt (vgl. Bericht vom 10. Dezember 2015 [AB 39]), dass PD Dr. med. D. _____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer traumatischen Läsion ausging. Die Kosten von Fr. 300.-- sind deshalb nicht von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 26. September 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'613.25 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt SU-VA-Eingabe vom 30. November 2017 [inkl. Beilage])
- Suva
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.