

200 16 1117 UV
SCI/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. März 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 17. Oktober 2016

Sachverhalt:

A.

Der 1954 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Schadenmeldung am 9. März 2016 mit dem Fahrrad auf einer Eisfläche ausrutschte und sich eine Verletzung der rechten Schulter zuzog (Akten der Suva [act. II] 1, 7). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 2, 19/2). Mit Verfügung vom 31. August 2016 (act. II 19) stellte sie die vorübergehenden Leistungen per dato ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 26) mit Entscheid vom 17. Oktober 2016 (act. II 33) fest.

B.

Mit Eingabe vom 15. November 2016 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte sinngemäss, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, über den 31. August 2016 hinaus die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu erbringen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2017 schloss die Suva (Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Zuschrift vom 20. Januar 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren fest und nahm zur Beschwerdeantwort Stellung. Diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 25. Januar 2017 zugestellt.

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 Abs. 1 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 Einspracheentscheid vom 17. Oktober 2016 (act. II 33). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 9. März 2016 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 31. August 2016 einstellte und weitere Versicherungsleistungen verneinte.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [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 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt im Weiteren 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).

2.2.1 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 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). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadens-

eintritts «conditio sine qua non» war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

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 Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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).

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).

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 blosser 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 Kausalzu-

sammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.2.2 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 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 9. März 2016 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Sowohl in der Bagatellunfall-Meldung (act. II 1) als auch in der Unfallmeldung (act. II 7) wurde ein Ausrutschen mit dem Fahrrad geschildert und gegenüber den erstbehandelnden Ärzten ausdrücklich ein Sturz angegeben (act. II 9 Ziff. 2; Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4). Dies wurde in den Rechtsschriften bestätigt (act. II 26/1; Beschwerde S. 2 Lemma 2 und S. 5 [Skizze]).

3.2 Den Akten lassen sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Die am Unfalltag dem 9. März 2016 notfallmässig konsultierten Ärzte des Spitals ... befundeten eine Schürfwunde über dem Trochanter major rechts (d.h. im Bereich des Oberschenkelknochens) sowie am Ellenbogen rechts (act. II 9 Ziff. 4). Sie schlossen anhand der bildgebenden Untersuchung der rechten Schulter (act. II 5) eine Fraktur aus, diagnostizierten eine Schulterkontusion rechts (act. II 9 Ziff. 5 f.; act. I 4) und prognostizierten einen Abschluss der konservativen Behandlung in vier bis sechs Wochen (act. II 9 Ziff. 10).

Ein durch den Hausarzt Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Spital Interlaken veranlasstes Arthro-MRI vom 1. April 2016 zeigte nebst einer Aufweitung des Akromioklavikulargelenks (AC-Gelenks) im Sinne einer Tossy I-Verletzung eine Ruptur der Supraspinatussehne, einen Anriss des vorderen sowie des oberen Labrum glenoidale rechts sowie eine mukoide Degeneration der distalen Subscapularissehne (act. II 6). Aufgrund dieses Befundes unterzog sich der Beschwerdeführer am 15. Juli 2016 im besagten Spital einer operativen Schulteranierung (arthroskopische Bizepsstenodese, ventrale Akromioplastik und Rekonstruktion der Rotatorenmanschette [RM] rechts bzw. offene Revision des AC-Gelenks rechts [act. II 13 f.]).

3.2.2 Auf Vorlage der Akten gelangte der Suva-Kreisarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 16. August 2016 zum Schluss, dass die im MRI beschriebene Retraktion der Supraspinatussehne nicht innerhalb von drei Wochen bis zum AC-Gelenk erfolgen könne und der Schaden – ebenso wie die Arthrose des AC-Gelenks – älter sein müsse (act. II 15).

Im Bericht vom 16. August 2016 (act. II 18) hielt Dr. med. C._____ an seiner Beurteilung fest und erklärte unter anderem, weder im MRI noch im Operationsbericht ergäben sich Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang zwischen den festgestellten und operierten Schäden einerseits und dem Unfallereignis andererseits. Es müsse von einer vorübergehenden aber nicht sehr ausgedehnten Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes ausgegangen werden, der bei konservativer Therapie innerhalb von vier bis sechs Wochen wieder erreicht gewesen wäre. Die Operation vom 15. Juli 2016 sei damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dementsprechend bezeichnete er lediglich die Schulterkontusion rechts vom 9. März 2016 als unfallkausal. Als unfallfremde Diagnosen vermerkte er hingegen eine degenerative Bizepssehnenläsion rechts, eine zeitlich zurückliegende vollständige Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion bis unter das AC-Gelenk und Teilruptur der Infraspinatussehne, eine Arthrose des AC-Gelenks rechts sowie ein Status nach Schulterarthroskopie, Bizepsstenodese, RM-Rekonstruktion und offener AC-Revision rechts.

In seiner ergänzenden Beurteilung vom 26. September 2016 (act. II 29) im Rahmen des Einspracheverfahrens wies er auf zusätzliche Umstände hin, die für eine Aktivierung eines degenerativen Vorzustandes und gegen eine akute Traumatisierung sprächen.

3.2.3 Im hängigen Beschwerdeverfahren legte die Beschwerdegegnerin eine chirurgische Beurteilung ihrer Abteilung Versicherungsmedizin vom 10. Januar 2017 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 1) auf. Darin gelangte PD Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie, zum Schluss, dass die nach dem 31. August 2016 geklagten Beschwerden an der rechten Schulter nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Es habe eine degenerative Vorschädigung des Schultergelenks vorgelegen, die durch die Schulterkontusion – welche bei einer entsprechenden Vorschädigung äusserst schmerzhaft sein könne – verschlimmert worden sei. In der präoperativen Bildgebung sowie im intraoperativen Befund seien keine unfallbedingten Veränderungen vorgefunden worden, welche auf eine richtunggebende Verschlimmerung hindeuteten, es sei dementsprechend von einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustands auszugehen. Für eine Schulterkontusion betrage die Behandlungsdauer höchstens sechs Wochen, dies entspreche der allgemein anerkannten und bekannten Heilungszeit von Muskeln, Sehnen und Ligamenten im klinischen Alltag.

3.3 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).

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).

3.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Oktober 2016 (act. II 33) basiert auf den kreisärztlichen Stellungnahmen von Dr. med. C. _____ (act. II 15, 18, 29). Die entsprechenden fachärztlichen Beurteilungen erfüllen – ebenso wie der im vorliegenden Beschwerdeverfahren ins Recht gelegte Aktenbericht von PD Dr. med. D. _____ (act. IIA 1) – die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Es besteht deshalb im Rahmen des gerichtlichen Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) kein Bedarf für zusätzliche Sachverhaltserhebungen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]), zumal der Beschwerdeführer auch keine konkreten Beweismittel offeriert, sondern pauschal auf seine Kontaktpersonen bzw. Referenzen (Beschwerde S. 5) verwiesen hat.

3.4.1 Dass die Dres. med. C. _____ und D. _____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchten schmälert den Beweiswert ihrer Schlussfolgerungen nicht. Einerseits konnten sie sich aufgrund der anamnестischen Angaben in den Vorakten, der Bildgebung sowie den dokumentierten intraoperativen Befunden ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) und andererseits sind aus einer klinischen Exploration nach der stattgehabten Schulteranierung für die sich hier stellenden Fragen keine zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen.

3.4.2 Die Dres. med. C._____ und D._____ berücksichtigten den bildgebend dokumentierten und intraoperativ festgestellten krankhaften Vorzustand. Das konventionelle Röntgen vom Unfalltag (act. II 5) ergab erhebliche degenerative Veränderungen an den knöchernen Strukturen (Tuberculum majus) und wenige Wochen nach dem Ereignis vom 9. März 2016 konnten im MRI unter Kontrastmittel (act. II 6) auch an den Weichteilen der Schulter (Subscapularissehne) pathologische Veränderungen objektiviert werden. Die Operation im Juli 2016 (act. II 14) offenbarte schliesslich weitere Degenerationen (deutlich degenerierte lange Bizepssehne mit Partialruptur, degenerative Bizeps-Verankerung im Sinne einer SLAP [superiores Labrum von anterior nach posterior]-Läsion Typ II). Der Beschwerdeführer anerkennt, dass er gewisse Vorschädigungen hatte (Eingabe vom 20. Januar 2017 S. 3 Lemma 7), er vertritt jedoch die Ansicht, dass nicht alle der rekonstruierten Sehnen vorgeschädigt gewesen seien (Eingabe vom 20. Januar 2017 S. 2 Lemma 8). Tatsächlich ist denkbar, dass die von ihm erwähnte SLAP-Läsion unfallbedingt entstehen kann, so könnte ein Sturz auf den ausgestreckten abduzierten Arm nach epidemiologischen Erkenntnissen eine solche Verletzung theoretisch verursachen (vgl. HAURY et. al., Inzidenz der SLAP-, Labrum- und Rotatorenmanschetten-Läsion bei Leichenschultern – MR-tomographisch und arthroskopisch kontrolliert, in: IMHOFF/KÖNIG [Hrsg.], Schulterinstabilität – Rotatorenmanschette, 1999, S. 150), in seinem Fall wurde die nach kranial abgerissene Bizeps-Verankerung von den Operateuren aber explizit als degenerativ beschrieben (act. II 14/1), mithin eine traumatische Genese ausgeschlossen. Zudem wies PD Dr. med. D._____ darauf hin, dass eine SLAP-Läsion dritten oder vierten Grades in der Regel traumatisch verursacht werde, beim Beschwerdeführer aber eine zweitgradige Läsion beschrieben worden sei (act. IIA 1/18).

3.4.3 Dass die beiden Fachärzte der Beschwerdegegnerin das fortgeschrittene Lebensalter des Beschwerdeführers berücksichtigten und ihre Argumentation mit medizin-wissenschaftlichen Erfahrungswerten untermauerten, ist nicht zu beanstanden, bezogen sie sich doch auch auf den konkreten Einzelfall und die individuelle Situation des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2 Lemma 4). Ob der Suva-Kreisarzt das Fehlen einer Bone Bruise (vgl. RANGGER/GOOST/KABIR/BURGER, Bone Bruise, in: Trauma und

Berufskrankheiten, Bd. 8 Ausgabe 2/2006 – Zusatz 2, S. 178) richtigerweise als ein Indiz gegen eine Gewalteinwirkung interpretierte (act. II 18/2; Beschwerde S. 2 Lemma 5; Eingabe vom 20. Januar 2017 S. 3 Lemma 4), kann offen bleiben. Ein solches Knochenmarködem (im Bereich des Tuberculum majus) soll nach älterer Literatur ein charakteristisches Zeichen einer frischen traumatischen RM-Läsion darstellen (vgl. MARKUS LOEW, Begutachtung von Verletzungen und Funktionsstörungen der Schulter, in: ROMPE/ERLENKÄMPFER [Hrsg.], Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane, 4. Aufl. 2004, S. 337), wohingegen PD Dr. med. D. _____ auch darauf hinwies, dass eine Bone Bruise in der neueren medizinischen Literatur für die Unterscheidung zwischen degenerativen und traumatischen Ursachen teilweise nicht mehr als tauglich erachtet werde (act. IIA 1/14). So oder anders stellt das Fehlen eines derartigen Befundes höchstens einen von mehreren in der Kausalitätsbeurteilung zu würdigenden Anhaltspunkten dar. Überzeugend wurden von den Ärzten zufolge der Sehnenretraktion bis zum Akromion, des Stadiums der Muskelverfettung sowie der biomechanischen Abläufe aus medizinischen Überlegungen auf eine fehlende natürliche Kausalität geschlossen (act. II 6, 15, 18/2; act. IIA 1/15-19). Weil sich die Tatfrage der natürlichen Unfallkausalität nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilt (vgl. E. 2.2.1 hiervor) ist nicht erforderlich, dass sich die Ärzte mit Sicherheit für die eine oder andere Hypothese aussprechen, es genügt allemal, dass sie schlüssig aufzeigen, wie die verschiedenen Indizien medizinisch zu gewichten sind und welche Tatsache vor diesem Hintergrund letztlich überzeugt, dazu können sie sich auch mit Bewertungssystemen wie dem BONNAIRE-Score (act. IIA 1/16) behelfen. Angesichts der eingehend begründeten und nachvollziehbaren fachärztlichen Beurteilungen ist es überwiegend wahrscheinlich, dass bloss eine vorübergehende Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes eintrat.

3.4.4 Zwar bestehen gewisse Unklarheiten bezüglich des genauen Unfallhergangs. So ist aus dem Bericht über die ambulante Erstbehandlung (act. I 4) sowie aus den radiologischen Befundberichten (act. II 5 f.) auf eine direkte Schulterkontusion zu schliessen, während der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren angab, er sei auf den Ellenbogen gestürzt, in der Folge sei der Oberarm «nach aussen und gleichzeitig nach oben» ge-

schlagen worden, wodurch die Schulter «buchstäblich bis über Augenhöhe» geschnellt sei (Beschwerde S. 2 Lemma 5; vgl. auch Beschwerde S. 5 [Skizze] sowie Eingabe vom 20. Januar 2017 S. 2 Lemma 6). Ob er die rechte Schulter direkt kontusionierte oder es zu einer indirekten Kontusion bzw. biomechanisch hauptsächlich zu einer axialen Stauchung kam, ist aber letztlich nicht entscheidend, den die Beurteilungen der Dres. med. C._____ sowie D._____ umfassen beide Sachverhaltsvarianten und sie gelangten – wie dargelegt – mit einleuchtenden Argumenten zu identischen Ergebnissen. Die in diesem Zusammenhang erhobene Rüge des Beschwerdeführers, PD Dr. med. D._____ habe den Unfallmechanismus falsch wiedergegeben (Eingabe vom 20. Januar 2017 S. 2 Lemma 4 und 6), ist unbegründet. Denn im Bericht vom 10. Januar 2017 (act. IIA 1) wurde ein nach vorne ausgestreckter Arm – welchen der Beschwerdeführer tatsächlich nie geschildert hat – im Zusammenhang mit einer Lehrmeinung von FELIX BONNAIRE (Begutachtung der Rotatorenmanschettenläsionen, in: Trauma und Berufskrankheiten, Bd. 10 Ausgabe 1/2008 – Zusatz, S. 19) erwähnt (act. IIA 1/17). PD Dr. med. D._____ hat den in der Beschwerde präzisierten Unfallhergang schliesslich sowohl zur Kenntnis genommen als auch medizinisch sorgfältig gewürdigt (act. IIA 1/17).

3.4.5 Es liegt schliesslich kein Bericht von (behandelnden) Ärzten vor, der darauf hindeutete, dass die fachärztlichen Beurteilungen der Dres. med. C._____ und D._____ mangelbehaftet sein könnten. Daran ändert die durchaus glaubhafte Darstellung des Beschwerdeführers, er habe anlässlich des Sturzes erhebliche Schmerzen verspürt (Beschwerde S. 3 Lemma 1; Eingabe vom 20. Januar 2017 S. 3 Lemma 3) und dissimuliere grundsätzlich (Beschwerde S. 4 Lemma 2 f.; Eingabe vom 20. Januar 2017 S. 4 am Ende), nichts. Vorliegend geht es um medizinische Tatsachen, die davon unberührt sind. Zudem erklärte PD Dr. med. D._____, dass auch eine Kontusion eines degenerativ vorgeschädigten Schultergelenks äusserst schmerzhaft sein könne (act. IIA 1/20). Allein der Umstand, dass erst anlässlich des Fahrradsturzes starke Schmerzen auftraten, lässt im Übrigen nicht auf eine unfallkausale Verursachung der am 15. Juli 2016 operierten Schulterverletzung schliessen, denn auch wenn der krankhafte Vorzustand vorher offenbar asymptomatisch (stumm) war, wurde er durch das versicherte Ereignis dennoch lediglich aktiviert. Weil der Sturz nach den

beweiskräftigen Einschätzungen der Dres. med. C._____ und D._____ nicht zu einer richtunggebenden, sondern bloss vorübergehenden Verschlimmerung führte, bestand die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin lediglich bis zum Zeitpunkt, in welchem sich der Gesundheitszustand auch ohne Unfall derart eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. E. 2.2.1 hiervor; Beschwerde S. 3 Lemma 4). Dieses Stadium wäre nach der fachärztlichen Beurteilung bei konservativer medizinischer Behandlung überwiegend wahrscheinlich jedenfalls noch vor dem operativen Eingriff erreicht worden (act. II 18/6; act. IIA 1/20).

3.5 Nach dem Gesagten steht fest, dass spätestens am 31. August 2016 keine unfallkausalen Beschwerden mehr bestanden, womit die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per dato terminierte und einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen verneinte. Die gegen den Einspracheentscheid vom 17. Oktober 2016 (act. II 33) erhobene Beschwerde erweist sich als offensichtlich unbegründet und ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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 Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.