

200 17 204 UV
KOJ/SHE/STL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. August 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. Januar 2017 (Ref.: 26.27830.15.0/
E 3201/2016)



Sachverhalt:

A.

Der 1956 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der D. _____ AG als ... angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert, als er am 1. November 2015 beim Schlittschuhlaufen stürzte, sich den Ellbogen anschlug und einen Schlag in der Achsel spürte (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). Die Suva erbrachte in der Folge Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (UV; AB 2).

B.

Am 18. Februar 2016 meldete der Versicherte der Suva, dass er am 29. Februar 2016 operiert werde (AB 3). Nachdem die Suva medizinische Abklärungen vorgenommen hatte, teilte sie am 4. Mai 2016 formlos mit, im Zusammenhang mit dem Unfall vom 1. November 2015 über den 22. Februar 2016 hinaus keine Leistungen mehr zu erbringen, da die bestehenden Beschwerden nicht mehr kausal auf den Unfall zurückzuführen seien (AB 16). Am 7. Juli 2016 verlangte der Versicherte – vertreten durch die B. _____ – den Erlass einer einsprachefähigen Verfügung (AB 25). Am 10. August 2016 verfügte die Suva dem Schreiben vom 4. Mai 2016 entsprechend (AB 29). Die hiergegen erhobene Einsprache vom 14. September 2016 (AB 31) wies sie mit Entscheid vom 24. Januar 2017 (AB 50) ab.

C.

Am 23. Februar 2017 erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch die B. _____ – hiergegen Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid vom 24. Januar 2017 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten. Der Beschwerde legte er die Stellungnahme von Dr. med. E. _____,

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Februar 2017 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) bei.

In der Beschwerdeantwort vom 21. April 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reichte die ärztliche Beurteilung von PD Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, vom 18. April 2017 (in den Gerichtsakten) ein.

In der Replik vom 22. Mai 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Einwänden fest, ohne eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort abzugeben.

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 Einspracheentscheid vom 24. Januar 2017 (AB 50). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin betreffend das Unfallereignis vom 1. November 2015 auch nach dem 22. Februar 2016.

1.2 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 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen UV 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]). Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen UV 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).

2.2 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). Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo

propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

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).

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

2.4 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Es ist vorliegend unbestritten und durch die Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer am 1. November 2015 einen Unfall erlitt und in der Folge Anspruch auf Leistungen der UV hatte (AB 2). Umstritten ist jedoch, ob die nach der Leistungseinstellung per 22. Februar 2016 durchgeführten Behandlungen an der rechten Schulter aufgrund von Beschwerden erfolgten, welche kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen sind und dadurch eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht.

3.2 Aus den Akten ergibt sich in medizinischer Hinsicht folgendes:

3.2.1 Im MRI-Bericht vom 9. Dezember 2015 (AB 9) beschrieb Dr. med. G._____, Facharzt für Radiologie, eine mässiggradige AC-Gelenksarthrose mit Impingement des musculotendinösen Überganges der Supraspinatussehne, eine Ansatzentzündung der Supraspinatussehne mit kurzstreckiger durchgehender schlitzförmiger Ruptur im vorderen Drittel im ossären Ansatzbereich und eine begleitende Bursitis subacromialis und subdeltoida.

3.2.2 Dr. med. E._____, diagnostizierte im Arztbericht vom 22. Februar 2016 (AB 45) eine massiv hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit konsekutivem, subacromialen Impingement und eine Tendinose der Supraspinatussehne rechts. Die bisher durchgeführte konservative Behandlung habe keine nachhaltige Besserung gebracht (S. 1). Es zeige sich im MRI wie auch klinisch eine massive Einengung des Subacromialraums aufgrund osteophytärer Veränderungen (S. 2).

Gemäss Operationsbericht vom 4. März 2016 (AB 13) wurde am 29. Februar 2016 eine Schulterarthroskopie mit Bizepssehnenotomie sowie subacromialer Dekompression und eine AC-Gelenksresektion rechts durchgeführt. Der Beschwerdeführer habe am 3. März 2016 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (vgl. Austrittsbericht vom 3. März 2016 [AB 14]).

3.2.3 In der Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 15. April 2016 (AB 15), hielt dieser fest, die zeitnahen Beschwerden seien unfallkausal, die operierten Schäden jedoch nicht. Es liege eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes vor. Unter konservativer Therapie sei der Vorzustand innerhalb von sechs bis zwölf Wochen erreicht gewesen.

In der ärztlichen Beurteilung vom 25. Juli 2016 (AB 27) führte der Kreisarzt Dr. med. H. _____ aus, beim Ereignis vom 1. November 2015 sei eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes, nämlich der AC-Gelenksarthrose, eingetreten. Hierbei sei es offensichtlich auch zu einer Bursitis subacromialis sowie zu einer Synovitis intraartikulär gekommen. Unfallbedingte richtunggebende strukturelle Läsionen seien allerdings nicht festgestellt worden. Der Riss in der Supraspinatussehne sei ebenfalls als zeitlich zurückliegend zu betrachten, jedenfalls nicht entstanden im Rahmen des Ereignisses. Eine frische Ruptur der Supraspinatussehne hätte eine sofortige Invalidisierung/Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt. Daher müsse die Läsion der Sehne als vorbestehend und höchstwahrscheinlich degenerativ bezeichnet werden. Die lange Bizepssehne habe sowohl intraoperativ beschrieben wie auch im MRI-Befund oberflächliche Entzündungszeichen gezeigt, Läsionen seien nicht dokumentiert. Daher sei die Bicepstenotomie nicht als unfallkausal anzusehen (S. 2). Unter konsequenter Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten sei davon auszugehen gewesen, dass die Beschwerden innerhalb von sechs bis zwölf Wochen ausheilten.

3.2.4 Der behandelnde Arzt Dr. med. E. _____ hielt in der Stellungnahme vom 16. September 2016 (AB 40) fest, es bestehe mindestens eine Teilkausalität zwischen Unfall und durchgeführter Operation. Der Be-

schwerdeführer sei vor dem Unfallereignis von Seiten der rechten Schulter beschwerdefrei gewesen. Seit dem Unfall habe er beeinträchtigende und einschränkende Beschwerden im Bereich der rechten Schulter. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne diesen Unfall eine ähnliche Beeinträchtigung erlitten hätte und schon gar nicht, dass zu diesem Zeitpunkt eine Operation hätte durchgeführt werden müssen. Ein vorbestehender degenerativer Zustand des AC-Gelenks sei dokumentiert. Dieser sei aber zum Zeitpunkt des Unfalls asymptomatisch gewesen. Es seien alle üblichen konservativen Massnahmen durchgeführt worden, um den Vorzustand wieder herzustellen. Dies sei aber nicht gelungen. Eine vollständige Regredienz solcher Beschwerden nach diesem Unfall sei nicht bei 100 % aller Patienten nach sechs bis zwölf Wochen zu erwarten.

3.2.5 In der Beurteilung vom 5. Oktober 2016 (AB 36) führte Kreisarzt Dr. med. H. _____ aus, der von Dr. med. E. _____ postulierte Grundsatz "post hoc ergo propter hoc" könne hier keine Anwendung finden, da asymptotische Schäden vor dem Ereignis vorgelegen haben könnten (S. 5). Es bestehe eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit entsprechenden osteophytären Anlagerungen. Letztere seien degenerativ, was Dr. med. E. _____ nicht bestreite. Die hypertrophe AC-Gelenksarthrose habe zu einem Impingement (Engpasssyndrom) der Rotatorenmanschette insbesondere der Supraspinatussehne geführt. Hieraus würde auch überwiegend wahrscheinlich die ansatznahe Tendinose mit kleinem Einriss der Supraspinatussehne im Ansatzbereich resultieren. Aufgrund entzündlicher Veränderungen habe Dr. med. E. _____ zusätzlich eine Bicepssehnen-tenotomie durchgeführt. Diese sei im Kontext mit anderen Schäden ebenfalls als eher degenerativ einzustufen. Somit seien alle durch Dr. med. E. _____ operativ versorgten Schäden an der Schulter nicht als unfallkausal zu betrachten. Es sei davon auszugehen, dass das Ereignis diese vorbeschriebenen degenerativen Schäden erst habe symptomatisch werden lassen. Diese Symptome (Schmerz und Bewegungseinschränkung) hätten zweifelsfrei bei gleichem Unfallmechanismus auch an einer gesunden Schulter auftreten können. Allerdings hätte in diesem Fall eine konsequente konservative Therapie überwiegend wahrscheinlich innerhalb von sechs bis zwölf Wochen zu einer Beschwerdefreiheit geführt. Der Status quo ante wäre damit wieder erreicht. Das Ereignis sei auslösend, aber nicht

ursächlich für die Symptome gewesen. Eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes schliesse sich schon dadurch aus, dass die vorgefundenen Schäden verschleissbedingt und nicht durch das Ereignis hervorgerufen seien. Im Übrigen sei das geltend gemachte Ereignis mit seinem dokumentierten Hergang nicht geeignet gewesen, die festgestellten Schäden hervorzurufen (S. 6).

3.2.6 PD Dr. med. F. _____, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, hielt in der orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 16. Januar 2017 (AB 49) fest, die Diagnose eines Verschleisses des Schultergelenkes (AC-Gelenk) beschreibe einen degenerativen Zustand, der sich nicht innerhalb von dreieinhalb Monaten entwickelt habe. Auch ein subacromiales Impingement entstehe nicht durch ein Trauma dreieinhalb Monate zuvor, sondern entspreche einer vorbestehenden anatomischen Gegebenheit. Der zeitnah am 9. November 2015 knapp eine Woche nach Geschehen ärztlich erhobene klinische Befund "keine Rötung, keine Schwellung[,] schmerzhafter Bogen 80°" spreche gegen eine strukturelle Verletzung. Der sogenannte schmerzhafte Bogen könne auf ein Engpasssyndrom hinweisen. Mit dem am 9. Dezember 2015 angefertigten Kernspintogramm der rechten Schulter gelangten keinerlei Hinweise auf eine wesentliche Gewalteinwirkung, sondern lediglich degenerative Veränderungen zur Darstellung, welche für einen bereits über 60-jährigen als altersentsprechend zu bewerten seien. Dies gelte auch für den fachradiologisch erhobenen Befund "Ansatzentzünditis der Supraspinatussehne mit kurzstreckiger durchgehender schlitzförmiger Ruptur im vorderen Drittel" (S. 4). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis vom 1. Januar 2015 (richtig: 1. November 2015) Unfallfolgen im Beschwerdebild des Beschwerdeführers keine Rolle mehr gespielt (S. 5).

3.2.7 In der Stellungnahme vom 2. Februar 2017 (BB 4) führte Dr. med. E. _____ aus, es sei völlig klar, dass es in der Natur der Sache liege, dass vorbestehende degenerative Veränderungen ab einem gewissen Alter vorhanden seien. Diese (Verletzung der Supraspinatussehne) seien nicht unfallbedingt, dies sei in keiner Weise je zur Diskussion gestanden, und habe auch keinen Einfluss auf die Schulterfunktion des Beschwerdeführers.

Deshalb habe die Sehne auch nicht behandelt werden müssen. Es sei allgemein anerkannt, dass Verletzungen im Bereich der Rotatorenmanschette sehr heterogen seien in deren klinischen Ausprägung, was die Schmerzen, aber auch die Funktionsfähigkeit anbelange. Die zwei wesentlichen Punkte, weshalb der Beschwerdeführer auch nach längerer Zeit noch symptomatisch gewesen sei und sich schlussendlich einer operativen Intervention habe unterziehen müssen, seien die traumatisch bedingte Bursitis subacromialis sowie die Läsion der langen Bicepssehne. Es sei bekannt, dass eine abrupte Spitzenbelastung zu einer Läsion führen könne. Auch sei anerkannt, dass eine solche Läsion nicht in allen Fällen spontan nach spätestens drei Monaten ausgeheilt sei, sondern strukturell weiterhin störend sei und somit zu einer entsprechenden Entzündungsreaktion und Schmerzen führe (S. 1). Die Operation, welcher sich der Beschwerdeführer am 29. Februar 2016 unterzogen habe, sei aus diesen beiden Gründen erfolgt. Einerseits aus der traumatisch bedingten Bursitis subacromialis und der ebenfalls traumatisch bedingten Instabilität der langen Bicepssehne (S. 1 f.). Es sei anzuführen, dass vorliegend eine Argumentation der Kausalität schwierig sei, da ähnliche Verletzungen auch in degenerativer Art zu sehen seien. Auch gebe es keine Bildgebung, welche die Kausalität eruieren könne (S. 2).

3.2.8 PD Dr. med. F. _____, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, stellte in der Beurteilung vom 18. April 2017 (in den Gerichtsakten) fest, anders als in seinem früheren Schreiben vom 16. September 2016 (vgl. AB 40) spreche Dr. med. E. _____ nun nicht mehr von unfallursächlichen Schmerzen des Schulterreckgelenkes (AC-Gelenk), welche die operative Massnahme begründen, sondern nenne "einerseits die traumatisch bedingte Bursitis subacromialis sowie die Läsion der langen Bicepssehne" und "Instabilität der langen Bicepssehne" (S. 2). Eine Bursitis subacromialis stelle ein häufiges klinisch-pathologisches Korrelat dar, welches eine anatomisch vorgegebene Einengung des subacromialen Raumes als schmerzhaftes Impingement symptomatisch werden lasse. Ursache sei somit eine vorgegebene Einengung eines anatomischen Raumes, die nicht plötzlich durch ein Trauma entstehe, sondern sich über einen längeren Zeitraum entwickle. Eine Verschlimmerung durch eine Gewalteinwirkung sei gleichwohl möglich. Im vorliegenden Fall seien durch

das zur Diskussion stehende Ereignis keine strukturellen Verletzungen eingetreten und somit sei eine Richtungsgebung unwahrscheinlich. Unter diesen Voraussetzungen sei eine Verschlimmerung überwiegend wahrscheinlich vorübergehender Natur und nach spätestens drei Monaten nicht mehr als Unfallfolge zu werten. Eine Instabilität der Sehne gehe nahezu immer mit Auffälligkeiten benachbarter Strukturen einher. Obwohl in dem Operationsbericht vom 4. März 2016 (AB 13) "Veränderungen des Pulleys" genannt würden, würden diese aber nicht in einer Weise spezifiziert, sodass erkennbar eine relevante Pathologie gegeben sei. Auch eine Instabilität sei meist Ausdruck eines Verschleisses. Die klinische Relevanz, also die Ursächlichkeit der intraoperativ gefundenen Veränderungen der Bicepssehne für die beklagten Beschwerden, sei möglich, eine richtungsgebende Verschlimmerung dieses degenerativ vorbestehenden allfällig symptomatischen Zustandes sei jedoch unwahrscheinlich. Auch hier gelte, dass allfällige Unfallfolgen nach spätestens drei Monaten überwiegend wahrscheinlich nicht mehr vorgelegen hätten (S. 3). Zu den Ausführungen von Dr. med. E. _____ sei anzumerken, dass dieser mit Aussagen argumentiere, die "völlig klar", "anerkannt" oder "bekannt" seien, ohne dass diese mit publizierter Evidenz belegt würden (S. 4).

3.3

3.3.1 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 Situa-

tion 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).

3.3.2 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). Die Kreisärzte der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu, wobei diese neben überwachenden und korrigierenden auch beratende Funktion umfasst (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Gleiches gilt für die Ärzte der Versicherungsmedizin der Suva.

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachperso-

nen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4

3.4.1 In medizinischer Hinsicht ist auf die Stellungnahmen des Kreisarztes Dr. med. H. _____ (AB 27, 36) und des Versicherungsmediziners PD Dr. med. F. _____ (AB 49, in den Gerichtsakten) abzustellen.

Deren Schlussfolgerung, dass zwischen den Beschwerden und dem Unfall vom 1. November 2015 spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr besteht, ist nachvollziehbar begründet. Die Stellungnahmen sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden und ihre Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und Beurteilung der medizinischen Situation ist einleuchtend, weshalb auf die Berichte des Kreisarztes und des Versicherungsmediziners abgestellt werden kann.

3.4.2 Die beiden Berichte von Dr. med. E. _____ (AB 32, BB 4) ändern daran nichts, insbesondere vermögen sie die Berichte des Kreisarztes und des Versicherungsmediziners nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 3.3.2 hier vor).

Im Bericht vom 16. September 2016 (AB 32) argumentiert Dr. med. E. _____ vorab mit der Formel "post hoc, ergo propter hoc", die in der UV nicht massgebend ist (vgl. E. 2.2 hiervor). Sodann bestätigt er einen vorbestehenden degenerativen Zustand des AC-Gelenks. Soweit er schliesslich die weiterbestehenden Beschwerden auf den Unfall zurückführt, begründet er dies mit allgemeinen statistischen Überlegungen, nicht mit fallspezifischen Fakten. Letzteres gilt auch für den Bericht vom 2. Februar 2017 (BB 4). Wenn Dr. med. E. _____ zudem ausführt, es sei bekannt, dass eine abrupte Spitzenbelastung zu einer Läsion führen könne,

stellt dies bezogen auf den vorliegenden Fall lediglich eine Möglichkeit dar. Eine solche genügt jedoch nicht, um einen leistungsbegründenden Zusammenhang zu beweisen (vgl. E. 2.2 hiervor). Zudem hält der behandelnde Arzt fest, dass die Argumentation der Kausalität schwierig sei (BB 4 S. 2), womit er die Aussagekraft seiner Angaben relativiert.

Demgegenüber kann ohne Einschränkung auf die stringente Beurteilung von PD Dr. med. F. _____ vom 18. April 2017 (in den Gerichtsakten) abgestellt werden. In dieser werden die Ausführungen von Dr. med. E. _____ vom Versicherungsmediziner mit ausführlicher und überzeugender Begründung verworfen. Von der dem Beschwerdeführer gewährten Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen einer Replik hat dieser nicht Gebrauch gemacht (vgl. prozessleitende Verfügung vom 24. Mai 2017). Die im vorliegenden Beschwerdeverfahren verfasste Einschätzung des Versicherungsmediziners ist somit unwidersprochen geblieben.

3.5 Insgesamt erweist sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt und von weiteren Beweismassnahmen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162), weshalb darauf verzichtet werden kann.

Zusammenfassend ist der Unfall vom 1. November 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht kausal für die nach dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung fortbestehenden Beschwerden, welche zu den Behandlungen an der rechten Schulter des Beschwerdeführers nach dem 22. Februar 2016 führten. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Januar 2017 (AB 50) erweist sich damit als rechtmässig und die Beschwerde vom 23. Februar 2017 ist abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.