

200 17 207 UV
SCJ/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Juli 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 25. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 11. August 2016 mit dem Fahrrad auf dem Weg zur Arbeit war und von einem abbiegenden Auto angefahren wurde. Der Versicherte zog sich verschiedene Verletzungen zu, unter anderem an der rechten Schulter (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Nachdem sie eine kreisärztliche Beurteilung eingeholt hatte (AB 29), stellte die Suva mit Verfügung vom 11. November 2016 (AB 33) die Versicherungsleistungen per Verfügungsdatum ein, da die nach wie vor bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall vom 11. August 2016 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens nach zwölf Wochen erreicht. Die dagegen erhobene Einsprache (AB 52; vgl. auch AB 46) wies die Suva – nachdem sie eine weitere kreisärztliche Stellungnahme eingeholt hatte (AB 67) – mit Einspracheentscheid vom 25. Januar 2017 (AB 68) ab.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, am 24. Februar 2017 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen für den Unfall vom 11. August 2016 über den 11. November 2016 hinaus zu erbringen. Eventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 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 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 25. Januar 2017 (AB 68), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfalles vom 11. August 2016 per 11. November 2016 bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht mit der Begründung eingestellt hat, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei spätestens im Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf den Unfall vom 11. August 2016 zurückzuführen.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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 Vorweg ist auf den Einwand des Beschwerdeführers einzugehen (Beschwerde S. 7), wonach die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. den Anspruch auf Akteneinsicht verletzt habe, indem sie den Bericht des Kreisarztes Dr. med. C. _____ vom 19. Januar 2017 (AB 67), auf welchen im angefochtenen Entscheid schwergewichtig abgestellt worden sei, im Rahmen des Einspracheverfahrens nicht eröffnet oder sonstwie vorgelegt habe, so dass der Beschwerdeführer zu diesem Bericht nicht habe Stellung nehmen können.

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). 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).

2.3 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines allfälligen Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (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). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Man-

gels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

2.4 Es trifft zu, dass der Kreisarztbericht des Dr. med. C. _____ vom 19. Januar 2017 (AB 67) dem Beschwerdeführer vor Erlass des angefochtenen Entscheides nicht zur Kenntnis gebracht und dem Beschwerdeführer somit die Möglichkeit zur Stellungnahme verwehrt wurde; die Zustellung dieses Berichtes erfolgte erst mit der Eröffnung des angefochtenen Einspracheentscheides, was eine Verletzung des rechtlichen Gehörs darstellt. Eine Rückweisung an die Vorinstanz würde indessen zu einem Leerlauf führen, zumal sich der Beschwerdeführer vor einer Instanz mit voller Kognition – dem angerufenen Gericht – äussern konnte. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs ist deshalb zu heilen.

3.

3.1 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).

3.2 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 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).

3.3 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 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).

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). 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 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 Kennt-

nis 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).

3.6 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.7 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.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1 Ein MR / Arthrographie der Schulter rechts vom 12. Oktober 2016 ergab den folgenden Befund (AB 19): Die Subscapularissehne sei intakt. Die lange Bizepssehne sei zentriert im Sulcus bicipitalis, allerdings etwas signalinhomogen im Rahmen von degenerativen Veränderungen. Auch das Labrum sei volumenvermindert und ausgefranst im kranialen Abschnitt. Die

Supra- und Infraspinatussehne seien vollständig rupturiert und gut 3 cm retrahiert. Die Teres-minor-Sehne sei noch intakt. Es bestehe eine deutliche Atrophie und Verfettung der Supraspinatussehne (Grad III). Der Infraspinatusmuskelbauch sei ebenfalls atroph und verfettet (Grad II). Weiter bestehe eine leichtgradige AC-Gelenksarthrose und geringe Hypertrophie der Ligamenta flava. Um das AC-Gelenk liege ein minimales Ödem vor. Das Acromion weise eine minimale konkave Unterfläche auf.

4.2 Ein am 24. Oktober 2016 durchgeführtes Röntgen der rechten Schulter ergab den folgenden Befund (AB 49): Geringe Omarthrose mit kleiner osteophytärer Ausziehung am Humeruskopf und geringer subchondraler Sklerose des Glenoids. Der acromiohumerale Raum sei verschmälert, es bestehe keine subacromiale Verkalkung und kein freier Gelenkkörper. Es liege eine ACG-Arthrose vor.

4.3 Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 24. Oktober 2016 (AB 37) einen Status nach Schulterkontusion rechts mit Supraspinatus- und Infraspinatusruptur vom 11. August 2016. Zur Anamnese hielt er fest, der Beschwerdeführer habe sich die genannte Verletzung bei einem Fahrradunfall zugezogen. Dabei sei er von einem Auto angefahren worden und auf der Motorhaube gelandet. Dabei habe er sich die Rippenkontusion links zugezogen. Danach sei er weggeschleudert worden auf die rechte Körperhälfte und habe sich mit der rechten Schulter über den Arm abgefangen. Er habe sich eine Schulterkontusion mit axialer Gewalteinwirkung zugezogen. Der Beschwerdeführer arbeite im ..., vor diesem Unfall sei er beschwerdefrei gewesen. In der Beurteilung und zum Procedere gab Dr. med. D._____ an, es liege hier eine deutliche Läsion der Rotatorenmanschette vor. Nach Abwägung der verschiedenen Therapieoptionen sei die Indikationsstellung zur operativen Sanierung erfolgt.

4.4 In der Beurteilung vom 26. Oktober 2016 (AB 29) gab der Kreisarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie, die folgende Diagnose an: Schulterprellung rechts bei vorbestehender degenerativer Veränderung der Rotatorenmanschette mit Muskelatrophie und langstreckiger Dehiszenz der Supra- und Infraspinatussehne. Der Kreisarzt führte aus, der Beschwerdeführer habe einen Sturz erlitten, dabei sei er im Rahmen eines Verkehrsun-

falls gegen ein Fahrzeug geprallt und habe sich ein direktes Trauma der Schulter zugezogen. Mit einer Verzögerung von zirka zwei Monaten sei die Durchführung einer Kernspintomographie erfolgt, hierbei zeigten sich hochgradige degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette mit fettiger Degeneration der Muskelbäuche von Supraspinatus- und Infraspinatus sowie einer starken Dehiszenz der Sehnen bis zu 3 cm. Posttraumatische strukturelle Läsionen seien nicht erkennbar. Das Unfallereignis am 11. August 2016 habe nicht zu posttraumatischen strukturellen Läsionen geführt, es handle sich um eine Schulterprellung im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von sechs bis acht Wochen, höchstens zwölf Wochen. Die in der Kernspintomographie beschriebenen Veränderungen seien degenerativer Natur und aufgrund der fortgeschrittenen fettigen Atrophie der Muskulatur als vorbestehend zu betrachten.

4.5 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Arzteugnis UVG vom 31. Oktober 2016 (AB 30) zum objektiven Befund Folgendes an: Prellmarken und Schürfungen an der medialen Seite des linken Kniegelenkes und am Thorax links dorsal sowie ausgedehnte Schürfung am Ellenbogen links. Schmerzangabe im Bereich der rechten Schulter, wenig dislozierte Fraktur Rippen IV – VII links. Zum Röntgenbefund wurde festgehalten: Vollständige Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne (MR Schulter rechts, 12. Oktober 2016). Als Diagnose gab Dr. med. F. _____ einen Verkehrsunfall an mit Kontusion der rechten Schulter sowie ausgedehnten Prellungen des Kniegelenkes, des Thorax und Ellenbogen links und eine wenig dislozierte Fraktur der Rippen IV – VII links.

4.6 Dr. med. D. _____ führte zur Operation vom 3. November 2016 im Bericht vom 4. November 2016 (AB 51) als Diagnose einen Status nach Schulterkontusion rechts mit Supraspinatus- und Infraspinatusruptur vom 11. August 2016 auf. Er gab insbesondere an, es zeige sich eine Chondropathie Grad II – III glenoidal, humeral Grad III sowie eine Supraspinatus- und Infraspinatussehnen-Läsion. Der Bizeps sei nur noch marginal vorhanden, es liege eine Teilruptur vor. Es bestehe eine deutliche Synovitis mit hypertrophen Veränderungen insbesondere ventral im Intervall. Die Infraspinatussehne sei intakt und gut. Die ausgedehnte Supraspinatussehnen-

Läsion mit retrahierter Sehne könne im vorderen Anteil nicht vollständig mobilisiert werden.

4.7 Im Austrittsbericht des Spitals G. _____ vom 10. November 2016 (AB 40) zum Aufenthalt vom 3. bis 7. November 2016 führte Dr. med. F. _____ (vgl. auch dessen ärztlichen Zwischenbericht ebenfalls vom 10. November 2016 [AB 38]) im Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. August 2016 die folgenden Diagnosen auf:

Verkehrsunfall am 11. August 2016

- Kontusion der rechten Schulter
 - bildgebend: Supraspinatus- und Infraspinatusruptur
- Nicht dislozierte Rippenfrakturen IV – VII links
- Ausgedehnte Kontusionen des linken Kniegelenks und des linken Ellbogens

Dr. med. F. _____ hielt fest, der Beschwerdeführer habe am 11. August 2016 unverschuldet einen Verkehrsunfall mit dem Velo erlitten und sich die in der Diagnoseliste aufgeführten Verletzungen zugezogen. Die anfänglichen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter seien bis zum vollständigen Verschwinden abgeklungen; es habe jedoch zuletzt die Unmöglichkeit der aktiven Abduktion persistiert, weswegen am 12. Oktober 2016 eine Bildgebung veranlasst worden sei, die eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne gezeigt habe. Von den übrigen Verletzungen sei der Beschwerdeführer weitgehend ausgeheilt; bei tiefem Einatmen und Rotationsbewegungen der BWS verspüre er noch leichte Schmerzen im Bereich der frakturierten Rippen links.

4.8 Am 18. November 2016 führte Dr. med. F. _____ aus (AB 46/1 f.), er sei über den Entscheid der Suva überrascht, da seines Erachtens (und auch gemäss Beurteilung des Orthopäden Dr. med. D. _____) die Rotatorenmanschettenläsion sicherlich traumatisch sei. Der Beschwerdeführer sei bis zum Tag des Unfalls voll arbeitsfähig im ... gewesen, er habe nie Beschwerden im Bereich der rechten Schulter gehabt und habe sich sicherlich ein adäquates Trauma beim Unfall zugezogen. Dass das Trauma beträchtlich gewesen sei, zeigten auch die nicht dislozierten Rippenfrakturen IV – VII links. Beim Sturz habe sich der Beschwerdeführer den rechten Arm akut abgedreht und versucht den Sturz von der Motorhaube auf die Strasse abzufedern. Die MRI-Untersuchung sei erst am 12. Oktober 2016

durchgeführt worden, nachdem die Schmerzen in der rechten Schulter weitgehend abgeklungen gewesen seien, ebenso diejenigen im Bereich des Thorax, und weil der Beschwerdeführer nun bemerkt habe, dass die Abduktion des rechten Oberarmes nicht möglich gewesen sei. Demzufolge müsse die Rotatorenmanschettenläsion posttraumatisch sein, auch wenn im MRI vorbestehende degenerative Veränderungen im Bereich des Labrums festzustellen seien, zusammen mit einer leichtgradigen AC-Gelenksarthrose.

4.9 Der Kreisarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 19. Januar 2017 (AB 67) zur ärztlichen Beurteilung vom 18. Januar 2017 die folgenden Diagnosen auf:

Diagnose unfallkausal

- Schulterkontusion rechts, wenig dislozierte Rippenfraktur 4 – 7 links, Kontusion Knie und Ellbogen links

Diagnosen unfallfremd

- Zeitlich zurückliegende Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne mit deutlicher Retraktion, Atrophie und Verfettung der dazu gehörigen Muskelbäuche
- Degeneration der Bicepssehne rechte Schulter
- ACG-Arthrose rechte Schulter
- Omarthrose rechte Schulter

Dr. med. C. _____ gab an (AB 67/6 f.), im vorliegenden Fall sei von einer vorbestehenden Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne Grad II nach Patte auszugehen (Retraktion bis zum Scheitel des Humeruskopfes). Weiterhin sei eindeutig eine deutliche Atrophie mit Verfettung der zu den Sehnen gehörenden Muskelbäuche dargestellt. Wie oben ausgeführt seien diese Schäden älter als zwei bzw. drei Monate einzustufen. Für diese Tatsache spreche auch, dass die vollständige Mobilisation des Supraspinatus nicht gelungen sei, sodass eine komplette Rekonstruktion der Rotatorenmanschette nicht möglich gewesen sei. Weder der Operationsbericht noch MRI- und Röntgenbefunde gäben Hinweise auf frische strukturelle Läsionen wieder. Für frische Unfallfolgen würde zum einen ein Bone bruise im Bereich des Tuberculum majus am Oberarmkopf oder im Bereich des Acromions sprechen. Ein solches sei nicht beschrieben. Frische Einblutun-

gen seien nach drei Monaten nicht mehr zu erwarten gewesen, allerdings seien durchaus noch Restödeme in den frisch verletzten Strukturen anzunehmen. Dies sei abgesehen vom Acromioclaviculargelenk, welches erheblich arthrotisch verändert sei, nicht beschrieben. Somit ergäben sich auch keine Hinweise auf eine frische richtunggebende unfallbedingte strukturelle Läsion am Schultergelenk. Lediglich das ACG sei offensichtlich traumatisiert gewesen, allerdings ohne strukturelle Folgen. Daher sei die Annahme einer richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes, wie sie von der ... Rechtsschutzversicherung geäussert worden sei, nicht gegeben. Wie ebenfalls den obigen Ausführungen zu entnehmen sei, blieben auch deutliche Risse der Rotatorenmanschette lange Zeit kompensiert, ohne dass der Patient eine nennenswerte Funktionseinschränkung verspüre. Das Vorliegen einer Beschwerdefreiheit und einer schmerzfreien Beweglichkeit sei also kein Kriterium für eine Schädigung der Rotatorenmanschette durch das Ereignis. Somit könne das Ereignis als auslösend, aber nicht als ursächlich für die Funktionseinschränkung gelten. Die tatsächlich durch das Unfallereignis entstandene Folge, nämlich die Kontusion des Schultergelenkes, sei als vorübergehende Verschlimmerung zu betrachten. Bei geeigneter gezielter konservativer Therapie sei hier ein Erreichen des Vorzustandes wie in der vorangegangenen kreisärztlichen Beurteilung durch Dr. med. E. _____ festgehalten, innerhalb von 6 – 8 Wochen, längstens 12 Wochen, zu erwarten gewesen.

5.

5.1

5.1.1 Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. August 2016 die Leistungseinstellung per 11. November 2016 gestützt auf die kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. med. E. _____ vom 26. Oktober 2016 (AB 29) und Dr. med. C. _____ vom 19. Januar 2017 (AB 67) vorgenommen und geht damit davon aus, dass es lediglich zu einer vorübergehenden, nicht aber zu einer richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes an der rechten Schulter

gekommen ist, dies mit Ausheilung spätestens zwölf Wochen nach dem Unfall. Der Beschwerdeführer geht hingegen unter Berufung auf die behandelnden Ärzte Dres. med. D. _____ und F. _____ davon aus, dass insbesondere die Ruptur der Supraspinatus- und Infraspinatussehne durch den Unfall vom 11. August 2016 verursacht worden sei.

5.1.2 Dies trifft aufgrund der diesbezüglich voll beweiskräftigen Aktenbeurteilungen (vgl. E. 3.5 und 3.6 hiervor) der beiden Suva-Kreisärzte Dres. med. E. _____ und C. _____ klarerweise nicht zu. Insbesondere Dr. med. C. _____ hat in der Beurteilung vom 19. Januar 2017 (AB 67) nachvollziehbar und überzeugend begründet, dass es sich bei der im Oktober 2016 bildgebend festgestellten Verletzung um eine vorbestehende Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne bei vorbestehender Degeneration erheblichen Ausmasses an der rechten Schulter handle, welche nicht auf den Unfall zurückgeführt werden könne. Diesbezüglich verweist er (AB 67/6) auf eine deutliche Atrophie mit Verfettung der zu den Sehnen gehörenden Muskelbäuche (vgl. AB 47), diese Schäden seien älter als zwei bzw. drei Monate einzustufen. Für diese Tatsache spreche auch, dass die vollständige Mobilisation der Supraspinatus nicht gelungen sei, sodass eine komplette Rekonstruktion der Rotatorenmanschette nicht möglich gewesen sei (vgl. AB 51). Auch Dr. med. E. _____ hat nachvollziehbar und überzeugend unter Berücksichtigung der Ergebnisse des MRI der rechten Schulter vom 12. Oktober 2016 ausgeführt (AB 29), das Unfallereignis am 11. August 2016 habe nicht zu posttraumatischen strukturellen Läsionen geführt, es handle sich um eine Schulterprellung im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von 6 – 8 Wochen, höchstens 12 Wochen. Die in der Kernspintomographie beschriebenen Veränderungen seien degenerativer Natur und aufgrund der fortgeschrittenen fettigen Atrophie der Muskulatur als vorbestehend zu betrachten. Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich die am 12. Oktober 2016 bildgebend nachgewiesene deutliche Sehnenretraktion und die deutliche Atrophie sowie Verfettung der zu den betreffenden Sehnen gehörenden Muskelbäuchen (AB 47) nicht erst seit dem rund zwei Monate vorher vom Beschwerdeführer erlittenen Unfall entwickelt haben.

Als weiteres Argument für das Vorbestehen der betreffenden Verletzungen verweist der Kreisarzt Dr. med. C. _____ auf den Umstand (AB 67/6 f.), dass weder der Operationsbericht noch MRI- und Röntgenbefunde Hinweise auf frische strukturelle Läsionen wiedergäben. Für frische Unfallfolgen würde zum einen ein Bone bruise im Bereich des Tuberkulum majus am Oberarmkopf oder im Bereich des Acromions sprechen. Ein solches sei nicht beschrieben. Frische Einblutungen seien nach drei Monaten nicht mehr zu erwarten gewesen, allerdings seien durchaus noch Restödeme in den frisch verletzten Strukturen anzunehmen. Dies sei abgesehen vom Acromioclaviculargelenk, welches erheblich arthrotisch verändert sei, nicht beschrieben.

5.1.3 Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 3.3 hier- vor) erstellt, dass die Sehnenläsionen an der rechten Schulter vorbestehend und somit nicht unfallkausal sind.

5.2 Indessen hielt Dr. med. C. _____ fest (AB 67/7), auch deutliche Risse der Rotatorenmanschette blieben lange Zeit kompensiert, ohne dass der Patient eine nennenswerte Funktionseinschränkung verspüre. Damit übereinstimmend machte der Beschwerdeführer geltend (Beschwerde S. 4 - 6), bis zum Unfall völlig beschwerdefrei harte körperliche Arbeit verrichtet zu haben. Erst seit dem Unfall vom 11. August 2016 beklagte der Beschwerdeführer eine Funktionseinschränkung der rechten Schulter (Unmöglichkeit der aktiven Abduktion [vgl. AB 40, 46/1 f.]), welche in der Folge am 3. November 2016 operativ angegangen wurde (AB 39).

Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass mit dem Unfall vom 11. August 2016 ein bisher stummer Vorzustand manifest wurde (vgl. E. 3.4 hiervor), was zu einem operationswürdigen Zustand geführt hat. Dies bestätigt im Grunde genommen auch der Suva-Kreisarzt Dr. med. C. _____, wenn er ausführt (AB 67/7), das Ereignis könne als auslösend, aber nicht als ursächlich für die Funktionseinschränkung gelten.

Bei diesen Gegebenheiten hat der Unfall vom 11. August 2016 als zumindest teilursächlich für den Gesundheitsschaden an der rechten Schulter zu gelten, welcher mit der Operation vom 3. November 2016 (AB 39) behandelt wurde. Nach diesem Eingriff war offenbar mit einer Arbeitsunfähigkeit

von vier bis fünf Monaten zu rechnen (AB 24). Damit erweist sich die von der Beschwerdegegnerin per 11. November 2016 angeordnete Leistungseinstellung als verfrüht, da in diesem Zeitpunkt weder der status quo sine noch der status quo ante erreicht war (vgl. E. 3.4 hiervor).

5.3 Die Beschwerde ist demnach unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 25. Januar 2017 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, für die Operation vom 3. November 2016 und ihre Folgen aufzukommen und zwar bis zum allfälligen Erreichen des status quo sine oder ante (vgl. E. 3.4 hiervor).

6.

6.1 In Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 21. Juni 2017 macht Fürsprecher B. _____ ein Honorar von Fr. 3'500.-- (14 h à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen im Betrag von Fr. 59.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 284.75 (8 % von Fr. 3'559.--), total Fr. 3'843.75, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung ist demnach auf Fr. 3'843.75 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Januar 2017 aufgehoben. Die Suva wird verpflichtet, für die Operation vom 3. November 2016 und ihre Folgen im Sinne der Erwägungen die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'843.75 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - 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.