

200 17 415 UV
LOU/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. April 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 14. März 2017 (E 0795/17)



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 23. September 2016 habe er am 4. August 2016 beim Heben eines zwei Meter langen Metallrohres einen stechenden Schmerz in der Schulter verspürt, wobei er sich eine Zerrung der rechten Schulter zugezogen habe (Akten der Suva [act. II] 1). Daraufhin holte die Suva, welche ihre Leistungspflicht hinsichtlich der Folgen dieses Ereignisses anerkannte, medizinische Unterlagen ein und liess den Sachverhalt durch den Kreisarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie, beurteilen (act. II 25). Gestützt darauf stellte sie die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 24. Januar 2017 (act. II 34) rückwirkend per 27. Oktober 2016 ein, da die Schulterbeschwerden ab diesem Zeitpunkt nicht mehr als unfallbedingt betrachtet würden. Die hiergegen erhobene Einsprache des Versicherten (act. II 40 und 43) wies die Suva mit Entscheid vom 14. März 2017 ab (act. II 47).

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 1. Mai 2017 Beschwerde und stellte folgende Anträge:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 14. März 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer bezüglich des Unfalls vom 4. August 2016 die ihm gesetzlich zustehenden Leistungen ab 28. Oktober 2016 zu erbringen.
2. Verfahrensantrag: Es sei ein unabhängiges medizinisches Gutachten in der Disziplin der Orthopädie gerichtlich anzuordnen.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. August 2017 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die chirurgische Beurteilung der Versicherungsmedizinerin Dr. med. D. _____, Fachärztin für Chirurgie (act. II 65), vom 14. Juli 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 11. Oktober 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und reichte weitere Arztberichte (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3 und 4) ein.

Mit Duplik vom 13. Dezember 2017 hielt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die eingeholte zweite chirurgische Beurteilung der Versicherungsmedizinerin Dr. med. D. _____ vom 30. November 2017 (Akten der Suva [act. IIA] 1) an der Abweisung der Beschwerde fest.

Mit Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und reichte seine Kostennote ein, wobei unter anderem Kosten in der Höhe von Fr. 1'000.— für die Stellungnahme von Dr. med. E. _____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Oktober 2017 (act. I 4) geltend gemacht werden. Aufforderungsgemäss reichte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 12. März 2018 eine entsprechende Rechnung von Dr. med. E. _____ sowie einen Überweisungsbeleg der ... ein (act. I 5 und 6).

C.

Am 11. April 2018 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 14. März 2017 (act. II 47). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 27. Oktober 2016 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung 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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung 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 In-

krafttreten 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).

Es wird ein Ereignis vom 4. August 2016 geltend gemacht (act. II 1), womit auf den vorliegenden Fall das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung gelangt.

2.2 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).

2.3 Die Unfallversicherer haben auch Versicherungsleistungen für die in der Verordnung abschliessend aufgezählten unfallähnlichen Körperschädigungen zu übernehmen, sofern diese nicht eindeutig auf Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind (aArt. 6 Abs. 2 UVG; aArt. 9 Abs. 2 lit. a-h UVV). Dabei müssen sämtliche Begriffsmerkmale eines Unfalles mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit erfüllt sein. Besondere Bedeutung kommt hierbei der Voraussetzung eines äusseren Ereignisses zu, d.h. eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles (BGE 129 V 466 E. 2.2 S. 467). Für die Bejahung eines äusseren auf den menschlichen Körper schädigend einwirkenden Faktors ist stets ein Geschehen verlangt, dem ein gewisses gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnt. Das ist zu bejahen, wenn die zum einschliessenden Schmerz führende Tätigkeit im Rahmen einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage vorgenommen wird, wie dies etwa für viele sportliche Betätigungen zutreffen kann. Der äussere Faktor mit erheblichem Schädigungspotenzial ist sodann auch zu bejahen, wenn die in Frage stehende Lebensverrichtung einer mehr als physiologisch normalen und psychologisch beherrschten Beanspruchung des Körpers, insbesondere seiner Gliedmassen, gleichkommt (BGE 129 V 466 E. 4.2.2 S. 470; SVR 2014 UV Nr. 29 S. 98 E. 2.2.3, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 5.2).

Einschiessende Schmerzen fallen als Symptome einer Schädigung nach aArt. 9 Abs. 2 UVV ausser Betracht, wenn sie allein bei der Vornahme einer alltäglichen Lebensverrichtung auftreten, ohne dass hierzu ein davon unterscheidbares äusseres Moment hineinspielt. Wer also lediglich beim Aufstehen, Absitzen, Abliegen, der Bewegung im Raum, Handreichungen usw. einen einschiessenden Schmerz erleidet, welcher sich als Symptom einer Schädigung nach aArt. 9 Abs. 2 UVV herausstellt, kann sich nicht auf das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung berufen. Die physiologische Beanspruchung des Skelettes, der Gelenke, Muskeln, Sehnen und Bänder stellt keinen äusseren Faktor dar, dem ein zwar nicht ungewöhnliches, jedoch gegenüber dem normalen Gebrauch der Körperteile gesteigertes Gefährdungspotenzial innewohnen muss. Erfüllt ist demgegenüber das Erfordernis des äusseren schädigenden Faktors bei Änderungen der Körperlage, die nach unfallmedizinischer Erfahrung häufig zu körpereigenen Traumen führen können, also im Sinne der bisherigen Rechtsprechung das plötzliche Aufstehen aus der Hocke, die heftige und/oder belastende Bewegung und die durch äussere Einflüsse unkontrollierbare Änderung der Körperlage (BGE 139 V 327 E 3.3.2 S. 330, 129 V 466 E. 4.2.2 und 4.2.3 S. 470; SVR 2014 UV Nr. 29 S. 98 E. 2.2.3, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 5.2).

Ein degenerativer oder pathologischer Vorzustand schliesst eine unfallähnliche Körperschädigung nicht aus, sofern ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert oder manifest werden lässt; es genügt somit, wenn eine schädigende, äussere Einwirkung wenigstens im Sinne eines Auslösefaktors zu den vor- oder überwiegend krankhaften oder degenerativen Ursachen hinzutritt (BGE 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2008 UV Nr. 15 S. 49 E. 3).

2.4 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).

2.4.1 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 Beja-

hung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden 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).

2.4.2 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).

2.5 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).

2.6 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1

3.1.1 Zum Vorliegen eines Unfalls sind den Akten insbesondere folgende Angaben zu entnehmen:

Dr. med. F._____, Facharzt für Radiologie, erwähnte in seinem Bericht vom 27. August 2016 (act. II 18) einen Status nach Sturz auf flektierten Ellbogen vor zwei Wochen.

Gemäss Unfallmeldung vom 23. September 2016 (act. II 1) habe der Beschwerdeführer am 4. August 2016 beim Heben eines zwei Meter langen Metallrohres einen stechenden Schmerz in der Schulter verspürt.

Im ambulanten Bericht vom 18. Oktober 2016 (act. II 3) diagnostizierte die Orthopädin, Dr. med. E._____, eine Massenruptur der Rotatorenmanschette der rechten Schulter bei einem Status nach Arbeitsunfall im Juni

2016. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer bei Konstruktionsarbeiten mit einem grossen Bohrer eine Maschine anheben müssen. Er habe sie bis zur Schulter anheben können, daraufhin habe die Kraft nachgelassen und die Maschine sei auf seine Schulter gefallen.

Dem Arztzeugnis UVG der G. _____ vom 10. November 2016 betreffend die Erstbehandlung vom 19. August 2016 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor 15 Tagen bzw. am 4. August 2016 beim ... auf den rechten gebeugten Ellenbogen gefallen sei. Seitdem habe er Schmerzen in der Schulter (act. II 17).

Nach dem Dargelegten finden sich in den Akten unterschiedliche Angaben zum Unfallhergang und zum Unfalldatum, womit sich ein Unfall bzw. ein sinnfälliges Ereignis und die zeitliche Einordnung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellen lassen. Weitere diesbezügliche Abklärungen sind heute, rund zwei Jahre später, auch nicht mehr geeignet, hinreichend Klarheit zu schaffen. Die Fragen nach dem Unfall bzw. dem sinnfälligen Ereignis können mit Blick auf die nachstehenden Erwägungen (vgl. E. 3.2 ff. hiernach) indessen offengelassen werden.

3.1.2 Umstritten ist, ob der Beschwerdeführer auch nach der von der Beschwerdegegnerin verfügten Leistungseinstellung per 27. Oktober 2016 weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei stellt sich die Frage nach dem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang. Die Beweislast, wonach die geklagten Beschwerden nicht mehr unfallkausal seien, obliegt dabei der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.5 hiervor). Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.2

3.2.1 Im Bericht vom 27. August 2016 (act. II 18) führte Dr. med. F. _____ nach durchgeführtem Arthro-MRI des rechten Schultergelenkes aus, es liege kein Nachweis einer frischen ossären oder ligamentären Verletzung des Schultergelenkes vor (S. 2). Es bestehe eine chronische, ausgedehnte Ruptur der Rotatorenmanschette betreffend Supraspinatus und Infraspinatus sowie eine Tendinose der Subscapularissehne.

3.2.2 Im Bericht vom 18. Oktober 2016 (act. II 3) diagnostizierte die Orthopädin Dr. med. E. _____ eine Massenruptur der Rotatorenmanschette der rechten Schulter bei einem Status nach Arbeitsunfall im Juni 2016. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer bei Konstruktionsarbeiten mit einem grossen Bohrer eine Maschine anheben müssen. Er habe sie bis zur Schulter anheben können, daraufhin habe die Kraft nachgelassen und die Maschine sei auf seine Schulter gefallen. Seither bestünden Schmerzen und eine Kraftminderung der rechten Schulter. Er habe seither weitergearbeitet, würde jedoch schwere Arbeiten mit der rechten Extremität vermeiden. Als Hobbies habe er ..., ... und ... angegeben. Aktuell seien diese aufgrund der Beschwerden in der Schulter pausiert (S. 1). Die Orthopädin empfahl eine baldige Rekonstruktion, um eine weitere Retraktion zu vermeiden (S. 2).

3.2.3 Im Bericht vom 15. Dezember 2016 (act. II 25) diagnostizierte der Kreisarzt Dr. med. C. _____ eine degenerative Rotatorenmanschettenveränderung der rechten Schulter mit kompletter Durchtrennung der Sehne des Supraspinatus und Infraspinatus sowie Retraktion der Sehne von über 5 cm und fettiger Degeneration der Muskulatur. Er führte aus, das Ereignis, beschrieben vom 4. August 2016 mit Aufprall eines Gegenstandes auf die Schulter, könne zu einer Verletzung der knöchernen Strukturen im Schultergelenk führen. Aus dem Unfallmechanismus resultiere eigentlich keine Verletzung der Rotatorenmanschette. Die noch im gleichen Monat durchgeführte kernspintomographische Untersuchung (act. II 18) zeige eine weitgehende Retraktion der Sehne von über 5 cm sowie eine fettige Degeneration sowohl des Supraspinatus als auch des Infraspinatus. Die ausgeprägte Retraktion der Sehnenstümpfe sowie die erhebliche fettige Degeneration der Muskulatur seien Ausdruck der schon seit längerer Zeit bestehenden Veränderung. Bei einer frischen traumatischen Rotatorenmanschettenruptur trete selbst bei vollständiger Durchtrennung der Sehnen die fettige Degeneration erst mit einer Verzögerung von mehreren Monaten auf. Auch die starke Retraktion der Sehne sei Ausdruck eines nicht frischen (zwei Wochen) Unfallgeschehens. Das Ereignis vom 4. August 2016 mit Kontusion der Schulter habe den Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von acht bis zwölf Wochen.

Die anlässlich der Diagnostik festgestellte Veränderung im Bereich der Rotatorenmanschette habe rein degenerativen Charakter.

3.2.4 Dem Operationsbericht vom 3. Januar 2017 (act. II 59) ist zu entnehmen, dass die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Dr. med. H._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E._____ vorgenommen worden ist.

3.2.5 Im Bericht vom 25. April 2017 (act. II 56) führte Dr. med. H._____ aus, das Arthro-MRI vom 25. August 2016 zeige in den parasagittalen Aufnahmen eine noch relativ gute Muskelqualität für den Supra- und Infraspinatus mit einer fettigen Infiltration Grad I-II nach Goutallier aber etwas mehr paramuskulärem Fett in der fossa supraspinata auf Grund der Retraktion. Er sei diesbezüglich nicht der Meinung von Dr. med. C._____ gemäss dessen Bericht vom 15. Dezember 2016 (act. II 25). Für ihn sei die fettige Infiltration der posterosuperioren Rotatorenmanschette nicht ausgeprägt, d.h. höchstens Grad I-II. Wäre eine schwerere fettige Infiltration vorgelegen, hätte er wahrscheinlich zu keiner Rekonstruktion geraten. Er könne sich vorstellen, dass gewisse Teilrupturen vorbestehend gewesen seien, der Beschwerdeführer sei diesbezüglich aber vor dem Ereignis komplett beschwerdefrei gewesen. Somit denke er, dass die beschriebenen kompletten Rupturen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Traumaereignis vom 4. August 2016 zurückzuführen seien. Unter der Annahme, dass bereits gewisse Degenerationen oder Teilrisse vorbestehend gewesen seien, die dem Beschwerdeführer jedoch keine Beschwerden verursacht haben, müsse dieses Unfallereignis vom 4. August 2016 also mindestens als Teilursache dieser ausgedehnten Ruptur beurteilt werden. Er könne sich nicht vorstellen, dass ein auf dem ... tätiger 45-jähriger Patient mit diesen ausgedehnten Rupturen keine Beschwerden haben sollte, dass also diese Rupturen schon vor dem Ereignis hätten da sein sollen.

3.2.6 Dr. med. D._____ führte in der im Beschwerdeverfahren eingereichten chirurgischen Beurteilung vom 14. Juli 2017 (act. II 65) aus, das vorliegende Röntgendossier des Beschwerdeführers zeige von ossärer Seite eine Arthrose des Schultergelenks (AC-Gelenksarthrose) mit einem Knochensporn am Acromion (Schulterdach) im Sinne eines unfallunabhän-

gigen Verschleissleidens und eine Normvariante des Schulterdachs. Ein dem natürlichen Verlauf folgender chronischer Verschleissprozess führe im Bereich der Rotatorenmanschette zu einer chronischen Schädigung, die schlussendlich in einer vollständigen Kontinuitätsunterbrechung der Sehnen resultiere. Nachfolgend führe dieser Prozess zu typischen Veränderungen im dazugehörigen Muskel, nämlich zu einer Fetteinlagerung zwischen den Muskelfasern. Eine Supraspinatus- und Infraspinatussehnenruptur mit Unfalldatum 4. August 2016 könne sich im MRI vom 25. August 2016 noch nicht mit Veränderungen im Sinne einer fettigen Degeneration im Muskel manifestieren; nach dieser kurzen Zeit seien auch keine leichten Veränderungen darstellbar. Die sogenannte fettige Muskelatrophie sei evidenzbasiert beweisend dafür, dass mit der Bildgebung vom 25. August 2016 keine frische Ruptur der Rotatorenmanschette vorgelegen habe (S. 3 f.). Berücksichtige man den Unfallmechanismus, so sei es biomechanisch nicht möglich, dass eine Kontusion (Bohrstange fällt dem Beschwerdeführer auf die rechte Schulter) zu einer Rotatorenmanschettenruptur führe. MR-tomographisch zeige sich eine Retraktion des Sehnenstumpfes der Supraspinatussehne bis auf Höhe des Gelenkspaltes. Der daraus resultierende Defekt über dem Knochen werde mit etwa 5 cm dokumentiert. Vorliegend handle es sich um einen Retraktionsgrad III, dies entspreche einer ausgeprägten Retraktion. Die Retraktion des Sehnenstumpfes korreliere mit der Verfettung der Muskulatur. Der Gesamtbefund entwickle sich nicht innerhalb von 21 Tagen. In Zusammenschau mit der MR-tomographisch dokumentierten Muskelverfettung Stadium II nach Goutallier, der dokumentierten ausgeprägten Retraktion der Sehnenstümpfe bis auf Höhe des Gelenkspaltes sowie den nachgewiesenen knöchernen Verschleissreaktionen und der dokumentierten anatomischen Normvariante des Acromions sei es nicht möglich, dass die Rotatorenmanschettenmassenruptur an der rechten Schulter durch den Unfall vom 4. August 2016 verursacht worden sei (S. 4). Eine Teilkausalität sei unter Berücksichtigung aller vorliegenden Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Es handle sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bloss um eine vorübergehende Verschlimmerung (S. 5). Der Status quo sine sei nach maximal zwölf Wochen erreicht gewesen (S. 6).

3.2.7 Dr. med. E. _____ führte in der im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 2. Oktober 2017 (act. I 4) aus, hätte der Beschwerdeführer bloss eine Kontusion erlitten, wäre die Kraftminderung oder der Funktionsausfall der Schulter nicht in der Form aufgetreten, wie er klinisch evident gewesen sei. Betreffend den Unfallmechanismus sei zu korrigieren, dass der Beschwerdeführer eine kombinierte Verletzung erlitten habe, da er zuerst etwas sehr schweres (Bohrstange von 80 kg) angehoben habe, also die Muskulatur eine rasch aufgetretene starke Krafterwirkung erfahren habe, und danach zusätzlich die schwere Stange auf seine Schulter gefallen sei. Sie könne nicht verstehen, weshalb die Suva-Ärzte dieses Hebemanöver nicht als kausalen Zusammenhang für die Ruptur sähen. Zur fettigen Degeneration führte sie aus, intraoperativ habe sich eine gute Qualität der Rotatorenmanschette gezeigt, die problemlos operativ rekonstruiert werden konnte. Das vorliegende MRI habe eine minderwertige Qualität. Wenn man die Muskulatur in den axialen Schichten ansehe, zeige sich eine Verfettung von höchstens Grad I aller betroffenen Muskeln. Ausserdem sehe man auf diesen MRI-Bildern bereits eine strähnige Verfettung des Muskulus deltoideus. Daher sei anzunehmen, dass bei diesem Patienten die Muskulatur im Allgemeinen eine gewisse Verfettung aufweise, was bei einem 45-jährigen Patienten der Norm entsprechen könne (S. 2). Zur Retraktion der Sehnen führte die Fachärztin aus, gemäss dem Operationsbericht und dem Arthro-MRI habe sich eine Retraktion der Sehne von ca. 2-2.5 cm gezeigt. Dies sei bei grossen traumatischen Massenrupturen durchaus möglich, da die Sehne durch den Zug des Muskels zurückgezogen sei und das „rotator cable“, welches die Sehne wie ein Zelt aufspanne, nach hinten kippe und die Retraktion verstärke. Betreffend der von Dr. med. D. _____ aufgeführten „knöchernen Verschleissungen“ handle es sich ausschliesslich um das acromio-claviculäre Gelenk. Das Argument, dass der Beschwerdeführer bereits degenerative Veränderungen des AC-Gelenks aufgewiesen habe, habe nichts zu tun mit der rupturierten Rotatorenmanschette. Es sei bekannt, dass AC-Gelenksveränderungen bereits im jungen Alter, sogar ab 20 Jahren auftreten können. Zusammenfassend sei es gemäss MRI-Untersuchung und des leichten Verfettungsgrades möglich, dass die Sehnen bereits etwas vorgeschädigt gewesen seien, im Sinne einer Tendinose oder Teilruptur. Am

4. August 2016 sei jedoch das Ereignis passiert, das mit aller höchster Wahrscheinlichkeit die Sehnen zur kompletten Ruptur gebracht habe (S. 3).

3.2.8 In der chirurgischen Beurteilung vom 30. November 2017 (act. IIA 1) nahm Dr. med. D._____ Stellung zum Bericht von Dr. med. E._____ vom 2. Oktober 2018 (act. I 4). Dr. med. D._____ führte aus, wenn das Anheben der Bohrstange mit zusätzlich sich anschliessender Kontusion zu einer Massenruptur der Rotatorenmanschette rechts geführt hätte, sei keinesfalls zu erwarten, dass bei dadurch resultierendem Funktionsausfall keine Arbeitsunfähigkeit resultiere und die körperlich strenge Arbeit auf der ...weitergeführt werde. Gemäss Dr. med. E._____ sei bei einer solchen Ruptur, die drei Sehnen betreffe, eine anspruchsvolle Arbeit und schweres Tragen gar nicht mehr möglich. Da das Verschleissleiden über eine längere Zeit fortschreite, erfolge eine Gewöhnung an die Veränderungen, so dass auch anspruchsvollere Arbeiten und schweres Tragen ausgeführt werden könnten. Bei der Anmerkung von Dr. med. E._____, dass sich intraoperativ eine gute Qualität der Rotatorenmanschette gezeigt habe, handle es sich um eine subjektive Einschätzung und im Gegensatz zu einem MRI nicht um eine objektivierbare fassbare Tatsache (S. 1 f.). Die Fetteinlagerung in die Muskulatur könne verschiedene Gründe haben. Dies habe aber nichts mit der vorliegend diskutierten Pathogenese zu tun, dass Muskelgewebe, welches nicht mehr aktiv in Gebrauch sei, wegen einer Sehnen(teil)ruptur kleiner werde und durch Fettgewebe ersetzt werde. In diesem Zusammenhang spreche auch eine Muskelverfettung Grad I nach Goutallier für ein länger bestehendes Leiden und gegen einen akuten Riss. Die Retraktion der Sehnen erfolge nur, wenn ausgedehnte Zusammenhangstrennungen vorlägen und zwar unabhängig davon, ob unfallkausal oder verschleissbedingt. Zusammen mit der Retraktion unterliege der Muskel einer Atrophie und fettigen Infiltration. Eine Retraktion von 2,5 cm, wie vorliegend dokumentiert, sei Ausdruck für eine seit langer Zeit bestehenden Zusammenhangstrennung, konkret von mehr als vier bis fünf Monaten (S. 2 f.). Der Radiologe Dr. med. F._____ habe in diesem Zusammenhang von fachradiologischer Seite eine chronische, ausgedehnte Ruptur der Rotatorenmanschette und nicht eine akute erhoben (S. 3). Es sei richtig, dass ein Knochensporn am Acromionunterrand auch bei einem Teil der Population ohne Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschetten-Sehnen

vorkomme. Dieser Konochensporn stelle aber nicht eine „Normvariante“ dar, sondern sei Ausdruck eines chronischen Reizzustandes bzw. eines Verschleissleidens (S. 4). Nach dem Gesagten sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Rotatorenmanschetten-Massenruptur rechts beim Ereignis vom 4. August 2016 eingetreten sei (S. 6).

3.3 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).

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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicher-

ten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen 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 Die Beschwerdegegnerin stellt ab auf die Beurteilungen von Dr. med. C. _____ (act. II 25) und Dr. med. D. _____ (act. II 65; IIA 1). Diese beurteilen die anlässlich der Diagnostik festgestellte Veränderung im Bereich der Rotatorenmanschette als rein degenerativ. Der Beschwerdeführer stellt ab auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte Dr. med. H. _____ und Dr. med. E. _____ (act. II 59, 56; I 4). Diese gehen davon aus, dass die kompletten Rupturen auf das Traumaereignis vom 4. August 2016 zurückzuführen sind. Unter der Annahme, dass bereits gewisse Degenerationen oder Teilrisse vorbestehend gewesen sind, erachten sie das vom Beschwerdeführer ihnen gegenüber geschilderte Ereignis mindestens als Teil-ursache der ausgedehnten Ruptur.

3.4.2 Bereits die erste versicherungsrechtliche Beurteilung von Dr. med. C. _____ vom 15. Dezember 2016 (act. II 25) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und bildgebenden Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Aus seinem Aktenbericht vom 15. Dezember 2016 (act. II 25) geht klar und schlüssig hervor, dass die

anlässlich der Diagnostik festgestellte Veränderung im Bereich der Rotatorenmanschette rein degenerativen Charakter hat. So liegen Retraktionen aller fraglichen Sehnen von 2.5 cm bzw. 5 cm sowie fettige Infiltrationen vor. Diese Beurteilung deckt sich mit der erfolgten Reevaluation durch die Versicherungsmedizinerin, Dr. med. D._____, welche die Einschätzung von Dr. med. C._____ nachvollziehbar und überzeugend bestätigt (act. II 65; IIA 1). Auf die Berichte der Dres. C._____ und D._____ ist abzustellen. Sie finden Rückhalt in der Einschätzung des radiologischen Facharztes, der eine chronische Ruptur der Rotatorenmanschette diagnostiziert und wie die Versicherungsmediziner von einer Verfettung Grad II des Infra- und Supraspinatus ausgeht (act. II 18).

3.4.3 Aus den Beurteilungen der Dres. H._____ und E._____ kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Soweit Dr. med. E._____ Bezug auf den angeblich beschwerdefreien Vorzustand nimmt und daraus folgert, nur der Unfall vom 4. August 2016 habe die Veränderung der Rotatorenmanschette herbeiführen können (act. II 56; I 4 S. 1), also die Berufung auf das Prinzip „post hoc, ergo propter hoc“, ist auf folgende Rechtsprechung zu verweisen: Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist diese Formel, 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).

Die Darstellung von Dr. med. E._____ widerspricht der von den Versicherungsärzten verständlich und mit Verweis auf entsprechende Publikationen dargelegten medizinischen Lehre. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Bedeutung der Retraktion der drei Sehnen sowie der Verfettungen. Medizinische Publikationen zur Stützung ihrer Position hat Dr. med. E._____ nicht vorgelegt. Ihre Argumentation, in welcher sie die Verfettung separat und unter Ausklammerung der nach dem geltend gemachten Ereignis vom 4. August 2016 erstellten Tatsache beurteilt, dass eine massive Retraktion im Zeitpunkt der ersten Bildgebung vom 25. August 2016 bereits stattgefunden hatte, überzeugt deshalb nicht. Hinzu kommt, dass sie ihre Einschätzung inzwischen auf eine neue (weitere) Unfalldeutung aufbaute und nun von einer „kombinierten Verletzung“ ausgeht, der Be-

schwerdeführer habe schnell wie auch schwer gehoben, dabei eine Kraftminderung verspürt, worauf eine 80 kg schwere Bohrstange auf die Schulter gefallen sei (act. I 4 S. 2; vgl. auch E. 3.1 vorstehend). Wie es sich mit dieser Unfallschilderung verhält, braucht jedoch letztlich nicht geklärt zu werden. Der zeitnah bildgebend erhobene Zustand belegt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach medizinischer Lehre einen degenerativen Zustand. Da der status quo sine vel ante nach der beweiskräftigen Beurteilung des Dr. med. C. _____ spätestens per 27. Oktober 2016 erreicht war, hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht eingestellt.

3.5 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

4.3 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 von der versicherten Person selbst veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2017 UV Nr. 17 S. 60 E. 5).

Der vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht von Dr. med. E. _____ vom 2. Oktober 2017 (act. I 4) war im vorliegenden Verfahren für die Beurteilung nicht massgebend. Bereits mit den ärztlichen Berichten der Dres. C. _____ und D. _____ (act. II 25; 65) lagen beweiskräftige medizinische Beurteilungen vor, gestützt auf welche die Frage der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin beurteilt werden konnte. Demnach hat die Beschwerdegegnerin die Kosten der ärztlichen Beurteilung durch Dr. med. E. _____ in der Höhe von Fr. 1'000.-- nicht zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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.