

200 17 461 UV
SCI/COC/GEC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Februar 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 31. März 2017 (E 0770/17)



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 19. September 2016 hatte der Versicherte am 4. September 2016 beim Biken einen Schlag erhalten. Als betroffenen Körperteil wurde die rechte Schulter und als Art der Schädigung Schmerzen angegeben (Akten der Suva, Antwortbeilage [act. II] 1). Mit Schreiben vom 20. September 2016 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht und erteilte den behandelnden Ärzten Kostengutsprache (act. II 2 und 3). Der Versicherte hat seine Arbeit infolge des Ereignisses nicht ausgesetzt (Beschwerde Art. 1; act. II 21).

Am 6. Februar 2017 erfolgte eine Rückfallmeldung, wonach die Schulter in der Zwischenzeit operiert worden sei (act. II 5). Die Suva klärte den Unfallhergang weiter ab (act. II 20), holte medizinische Unterlagen ein und liess den Sachverhalt durch den Kreisarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Chirurgie, beurteilen (act. II 21). Gestützt auf dessen Beurteilung verneinte sie mit Verfügung vom 23. Februar 2017 eine Versicherungsdeckung, weil das geschilderte Ereignis vom 4. September 2016 nicht mindestens überwiegend wahrscheinlich kausal für die in der Rückfallmeldung angegebenen Beschwerden in der rechten Schulter sei (act. II 22). Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 24) wurde mit Entscheid vom 31. März 2017 abgewiesen (act. II 26).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 15. Mai 2017 Beschwerde. Er stellt folgende Rechtsbehörden:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 31. März 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer bezüglich des Unfalls vom 4. September 2016 die ihm gesetzlich zustehenden Leistungen zu erbringen.
2. Verfahrensantrag: Es sei ein unabhängiges medizinisches Gutachten in der Disziplin der Orthopädie gerichtlich einzuholen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2017 reichte die Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. med. D._____, Fachärztin für Chirurgie, vom 5. Juli 2017 (act. IIA 1) ein und schloss auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 26. September 2017 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 14. September 2017 (Beschwerdebeilage [act. I] 5) ein und hielt an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit Duplik vom 21. November 2017 reichte die Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. med. D._____ vom 13. November 2017 (act. IIA 2) ein und hielt an den in der Beschwerdeantwort gestellten Rechtsbegehren fest. Diese wurde dem Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 22. November 2017 zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom

11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 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 31. März 2017 (act. II 26). Streitig und zu prüfen ist, ob ein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung besteht und dabei insbesondere, ob es sich bei dem Ereignis vom 4. September 2016 um ein sinnfälliges Ereignis handelte und ob zwischen diesem Ereignis und dem am 2. Februar 2017 operierten Schulterschaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

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 Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen

sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

Es wird ein Ereignis vom 4. September 2016 geltend gemacht (act. II 1), womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage 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 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).

2.4 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 in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung; aArt. 9 Abs. 2 lit. a - h UVV, gültig gewesen bis 31. Dezember 2016). 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).

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 Auslösfaktors 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).

2.5 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, E. 3.2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206

S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C_61/2016, 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 Zum Ablauf des Vorfalles vom 4. September 2016 finden sich in den Akten folgende Angaben: Gemäss Schilderung des Beschwerdeführers vom 19. September 2016 und vom 12. Februar 2017 war er am 4. September 2016 beim Velofahren / Biken in einen Stein gefahren, wodurch das Velo blockiert worden sei, was wiederum einen grossen Schlag in die Schulter zur Folge gehabt habe (act. II 1, 5 und 20). Er habe danach unmittelbar Schmerzen verspürt. Diese Schilderungen sind zueinander konsistent. Darauf ist abzustellen und es besteht aufgrund der Akten im Übrigen auch kein Anlass zu einer anderweitigen Einschätzung.

Gemäss dieser hier massgeblichen Darstellung wurde das Fahrrad unvermittelt abgebremst und der Beschwerdeführer musste die Bewegungsenergie über seine beiden Arme und Hände auf den Fahrradlenker übertragen, was zu einer Kräfteinwirkung auf die Schultern führte. Die Geschwindigkeit

des Beschwerdeführers auf seinem Fahrrad und damit die abgeleitete Kraft kann indes nicht besonders hoch gewesen sein. So sind keinerlei Schäden am Fahrrad erwähnt und es ist erstellt, dass der Beschwerdeführer bei dem geltend gemachten Ereignis weder durch einen Überschlag nach vorn noch durch ein Umfallen auf die Seite zu Fall kam, sondern vielmehr ordentlich vom Rad absteigen konnte. Die Tour hat er mit seinem Rad beendet.

Nicht massgeblich ist hingegen die erst im Beschwerdeverfahren vorgebrachte neue Version des Ereignisses vom 4. September 2016. Demnach soll das Vorderrad zunächst in ein Loch geraten und dann beim Aufprall auf einen Stein blockiert worden sein, wodurch das Fahrrad zum abrupten Stillstand gekommen sei, was das Hinterrad rund 30cm in die Höhe habe schnellen lassen. Diese Aussage ist zwar detaillierter, steht aber im Widerspruch zu den früheren, weit weniger dramatischen Schilderungen des Beschwerdeführers.

3.2 Im vorliegenden Verfahren steht ausser Frage – und ist zwischen den Parteien denn auch unbestritten – dass das fragliche Ereignis vom 4. September 2016 nicht als Unfall im Sinne des Gesetzes zu qualifizieren ist, fehlt es doch hierfür am Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit (vgl. E. 2.2 hiavor).

Streitig ist hingegen, ob die Anspruchsvoraussetzungen für eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von aArt. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. aArt. 9 Abs. 2 UVV erfüllt sind. Dabei stellt die durch das MRI vom 4. November 2016 bestätigte Ruptur der Supraspinatussehne (act. II 14) eine Listendiagnose gemäss aArt. 9 Abs. 2 lit. f UVV dar. Zu prüfen ist, ob dieser Gesundheitsschaden auf einen (bei der Beschwerdegegnerin versicherten) Vorfall im Sinn eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen Ereignisses zurückzuführen ist. Zur Bejahung der Sinnfälligkeit des Ereignisses muss ein äusseres Ereignis mit gewissem gesteigertem Gefährdungspotenzial vorliegen (vgl. E. 2.4 hiavor).

Es stellt sich somit zunächst die Frage, ob das Mountainbiken ein Geschehen mit gesteigertem Gefährdungspotenzial im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung darstellt. Wie die Beschwerdegegnerin selbst in ihrer Beschwerdeantwort zutreffend ausführt, ist ein Aufprall mit den Rädern

gegen Steine, Äste oder Baumwurzeln beim Mountainbiken nichts Programmwidriges, sondern bis zu einem gewissen Grad sogar erwünscht (Beschwerdeantwort Ziff. 10). Das Fahren mit dem Mountainbike über steile, unebene Pfade führt denn auch entsprechend oft zu Schlägen auf die Körper der Sportler oder gar zu Stürzen. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der Ausrüstung der Fahrer, die offensichtlich auf Situationen mit Verletzungspotenzial ausgelegt ist (Helm, Rückenpanzer, Ellenbogen-, Knie- und Schienbeinschoner etc.). Ob die vom Beschwerdeführer absolvierte Fahrradtour und das hier konkret Vorgefallene, nämlich das Fahren auf einen Stein mit Bremswirkung, zur Bejahung der Sinnfälligkeit führt, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, denn es fehlt auch an der erforderlichen Kausalität zum behandelten Gesundheitsschaden (vgl. E. 3.5 hiernach).

3.3 Zu den geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden medizinischen Angaben entnehmen:

3.3.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Überweisungsschreiben vom 12. November 2016 (Erstkonsultation am 15. September 2016) unter anderem eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne und eine Teilruptur der kranialen Anteile der Infraspinatussehne bei schweren degenerativen Veränderungen des AC-Gelenkes rechts. Der Beschwerdeführer sei zur Konsultation gekommen, nachdem sich das Vorderrad seines Velos beim Mountainbiken an einem Stein blockiert habe (act. II 15, S. 1).

3.3.2 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im ambulanten Bericht vom 5. Januar 2017 (act. II 35) eine transmurale Ruptur der Supra- und proximalen Infraspinatussehne in der rechten Schulter. Anamnestisch hielt er fest, der Beschwerdeführer habe einen Ruck mit seiner rechten, dominanten Schulter aufgefangen, nachdem sein Velo auf einer Velotour blockiert worden sei, wobei er nicht vom Velo gestürzt sei. Seither habe er Beschwerden in diesem Gelenk, die ihn tags- aber auch nachtsüber sehr einschränkten. Seine Arbeit als Präzisionsmechaniker habe er nicht unterbrechen müssen, habe aber auch zunehmend Mühe aufgrund einer Kraftminderung in Flexion und Abduktion. Zum Befund der Radiologie hielt Dr. med. F. _____ fest, in der MR-Arthrographie Schulter rechts vom 4. Novem-

ber 2016 (act. II 14) zeige sich eine transmurale Ruptur mit wenig Retraktion der Supraspinatussehne und der proximalen Infraspinatussehne. Weiter zeige sich eine mukoide Degeneration des Bizepsankers und hypertrophe AC-Arthrosen. Es zeige sich auch eine möglicherweise kleine Oberrandläsion der Subscapularissehne (S. 1).

Im Operationsbericht vom 2. Februar 2017 (act. II 17) hielt Dr. med. F. _____ unter anderem fest, bei der Operation habe sich unter anderem eine Subscapularissehne ohne Befund, eine Supraspinatus- und proximale Infraspinatussehne mit durchgehender Läsion von etwa 2x2cm und Retraktion von etwa 1cm, C-förmig n. Burkhart, gezeigt (S. 2).

3.3.3 Der Kreisarzt Dr. med. C. _____ nahm im Bericht vom 20. Februar 2017 zur Frage der Kausalität zwischen dem geltend gemachten Ereignis vom 4. September 2016 und dem mit Operation vom 2. Februar 2017 behandelten Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers Stellung (act. II 21). Er hielt fest, das geschilderte Ereignis sei nicht geeignet, die im vorliegenden Fall diagnostizierte Verletzung zu verursachen. Vielmehr habe es allenfalls lediglich die vorliegenden ausgeprägten degenerativen Veränderungen symptomatisch werden lassen. Insbesondere sei der Mechanismus des Ereignisses nicht geeignet, eine Ruptur der Sehne zu bewirken. Das Ausmass der anderen degenerativen Veränderungen und die im MRI beschriebene Retraktion der Sehne sprächen für einen bereits länger bestehenden degenerativen Vorzustand. Eine traumatisch bedingte Ruptur der Rotatorenmanschette führe immer zu einer sofortigen Arbeitsunfähigkeit, was vorliegend nicht der Fall gewesen sei. Zudem spreche die im Verlauf eher zunehmende Symptomatik für ein weiteres Fortschreiten der Degeneration. Eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes sei in der Regel nach spätestens drei Wochen abgeheilt, das heisse der Status quo sine sei erreicht. Die Operation habe vorbestehende degenerative Veränderungen an der Rotatorenmanschette behandelt.

3.3.4 Am 10. Mai 2017 nahm Dr. med. F. _____ auf Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zu den Ausführungen des Kreisarztes Stellung (act. II 36). Dabei hielt er insbesondere fest, dass aus seiner Sicht das geltend gemachte Ereignis durchaus verantwortlich für die Rupturen sei, da durch die Blockade des Rades eine ungewohnt starke Kraftü-

bertragung auf die Schulter provoziert worden sei. Es könne also davon ausgegangen werden, dass sich der Beschwerdeführer bei diesem Vorfall die transmurale Ruptur der Supra- und proximalen Infraspinatussehne zugezogen habe. Insbesondere könne davon ausgegangen werden, weil der Beschwerdeführer vor diesem Moment keine Schwäche und keine Schmerzen in dieser Schulter gehabt habe. Im MRI zeige sich das Bild einer frischen transmuralen RM-Ruptur mit wenig Retraktion der Sehnenstümpfe (maximal 10mm), dabei zeige sich nebenbefundlich eine schwere Degeneration des AC-Gelenks, was aber nichts mit den Rupturen zu tun habe. Weiter habe eine transmurale RM-Ruptur nicht zwangsläufig eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge, da das Schmerzempfinden von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sei (S. 1).

3.3.5 Im Bericht vom 5. Juli 2017 (act. IIA 1) nahm Dr. med. D. _____, Versicherungsmedizin Suva, zu den Einwänden von Dr. med. F. _____ und insbesondere zur Frage der Kausalität Stellung. Sie hielt mit Verweis auf den MRI-Befund vom 4. November 2016 (act. II 14), wonach bereits zwei Monate nach dem Ereignis vom 4. September 2016 eine Sehnenretraktion von 2cm festgestellt worden sei, fest, dass aufgrund dieser bereits fortgeschrittenen Retraktion von einer vorbestehenden degenerativen Ruptur auszugehen sei. Selbst wenn bloss von einer Retraktion von einem Zentimeter ausgegangen werde, wie das Dr. med. F. _____ tue, sei nicht davon auszugehen, dass dies innerhalb von nur zwei Monaten geschehen sei. Nach der fachmedizinischen Literatur verliefen Sehnenretraktionen und Fettinfiltrationen parallel. Beide entwickelten sich über viele Monate oder Jahre. Die Ruptur sei also nicht neu. Vielmehr sei sie ausschliesslich degenerativer Natur und habe bereits vorbestanden, daher könne sie gar nicht durch das Ereignis vom 4. September 2016 entstanden sein (S. 7 f.). Zum Einwand von Dr. med. F. _____, wonach der Beschwerdeführer vor dem Ereignis beschwerdefrei gewesen sei, hält Dr. med. D. _____ fest, dass gerade die Rotatorenmanschette ein gutes Beispiel dafür sei, dass degenerative Verletzungen lange kompensiert werden könnten. Dies treffe auch auf den vorliegenden Fall zu (S. 11 f.). Weiter bestätigte sie die Sicht des Kreisarztes Dr. med. C. _____, wonach das geschilderte Ereignis auch nicht geeignet gewesen sei, eine entsprechende Sehnenruptur zu bewirken. So wisse man, "qu'il a été démontré que

seulement sous des charges de traction une rupture tendineuse accidentelle peut se produire". Der vom Beschwerdeführer und von Dr. med. F. _____ beschriebene Ereignisablauf zeige aber "ni une traction, ni une chute, mais une secousse au niveau de l'épaule droite". Zudem entwickle sich bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion eine ausgeprägte funktionelle Bewegungseinschränkung. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall gewesen, zumal er weitergearbeitet habe (S. 12). Zusammengefasst kam Dr. med. D. _____ zum Schluss, das Ereignis vom 4. September 2016 habe höchstens eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes bewirkt. Der Status quo sine vel ante sei spätestens am 31. Dezember 2016 erreicht gewesen (S. 14).

3.3.6 Dr. med. F. _____ nahm im Bericht vom 14. September 2017 (act. I 5) zu den Ausführungen von Dr. med. D. _____ Stellung. Dabei hielt er insbesondere fest, das MRI vom 4. November 2016 (act. II 14) zeige klar eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit wenig Retraktion und mit einem gesunden Muskelbauch ohne fettige Infiltration. Hätte der Riss bereits vorbestanden, so müsste man auch hier, wie es sich im Bereich der Infraspinatussehne und des Teres minor-Muskelbauchs zeige, Zeichen einer moderaten fettigen Infiltration erwarten. Es gebe keine klare Evidenz, wie weit eine Sehne bei einer traumatischen Ruptur nach einer bestimmten Zeit retrahiere. Es sei seine und die Erfahrung seiner Schulterchirurgie-Kollegen, dass sich gelegentlich nach traumatischen Rupturen weite Retraktionen zeigten. Eine Retraktion von 10mm wie im vorliegenden Fall sei ein völlig normaler Wert (S. 1). Betreffend den Unfallmechanismus gehe er bei einem abrupten Aufprall beim Mountainbiken davon aus, dass es zu einer axialen Krafteinwirkung auf die Schulter gekommen sei. Bereits bei diesem Trauma könne es zu einem Riss kommen. Es sei aber seines Erachtens davon auszugehen, dass sich die Energie beim Stoppen nach einem "Coup-Contrecoup-Prinzip" dann auch noch in einen axialen Zug umgewandelt habe. Dieser starke Rückschlag hätte auch zu einer Ruptur führen können. Weiter hielt er fest, die für die Supraspinatussehne spezifischen Tests, der Jobe- und Whippletest, seien positiv, also pathologisch ein klarer Hinweis auf eine Sehnenruptur. Zusammengefasst sei er nach wie vor der Meinung, dass es sich zumindest im Falle der Supraspinatussehne um ein frisches Geschehen handle (S. 2).

3.3.7 Im Bericht vom 13. November 2017 (act. IIA 2) nahm Dr. med. D._____ zu den neuen Ausführungen von Dr. med. F._____ nochmals Stellung. Dabei hielt sie insbesondere fest, dass sich alle beteiligten Ärzte einig seien, dass eine Retraktion der Sehne bestehe. Dabei gingen sowohl die Radiologin Dr. med. G._____, Fachärztin für Radiologie, als auch der Kreisarzt Dr. med. C._____ und sie selbst davon aus, dass die Retraktion rund 2cm betrage, Dr. med. F._____ gehe von einer Retraktion von nur einem Zentimeter aus. Bei der Ansicht von Dr. med. F._____ handle es sich lediglich um eine während der Operation gemachte Schätzung. Das MRI vom 4. November 2016 zeige klar eine Retraktion von 2cm. Ein solcher Wert könne – auch wenn es keinen exakten Standard dazu gebe wie schnell sich eine Sehne nach einer Ruptur retrahiere – auf jeden Fall bei einer kürzlich erlittenen traumatischen Ruptur nicht mehr als normal angesehen werden. Es sei wahrscheinlicher, dass diese Retraktion von 2cm auf eine vorbestehende Beeinträchtigung hindeute. Die fehlende Verfettung des betroffenen Muskels habe keinen Zusammenhang mit der Unversehrtheit der Sehne, auf jeden Fall nicht in dem Jahr, bevor eine solche Verfettung in Erscheinung trete.

Der Beschwerdeführer habe keinen Vorfall beschrieben, der darauf schliessen lasse, dass die Schulter einem Zug oder direkten Schock ausgesetzt gewesen sei: "étant bien entendu qu'il n'y a pas eu de choc direct, ni de chute". Unter diesen Umständen sei nicht ersichtlich, wie der Beschwerdeführer die Supraspinatussehne, die gemäss Dr. med. F._____ zuvor intakt gewesen wäre, habe verletzen können (S. 3). Zwar könnten ausnahmsweise Muskelkontraktionen Auslöser für eine Ruptur im Rahmen eines Unfalles sein. Dies aber nur, wenn bereits mindestens 50% der Sehne degenerativ verändert sei. Wenn dies der Fall gewesen wäre, hätte die Retraktion der Sehne keine 2cm betragen. Noch einmal sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdelosigkeit des Beschwerdeführers vor dem Ereignis vom 4. September 2016 aufgrund der möglichen Kompensation keinen kausalen Zusammenhang zwischen der Ruptur und dem genannten Ereignis beweise. Dies sei in der einschlägigen Literatur zur Genüge belegt. Zum von Dr. med. F._____ vorgebrachten positiven Jobe-Test, hielt sie fest, dass dieser zwar für eine Ruptur der Supraspinatussehne

spreche, aber keinen Aufschluss über deren Ursprung (traumatisch oder degenerativ) liefere (S. 4).

3.4 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

achters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.5 Vorliegend erfüllen die Aktenberichte des Kreisarztes Dr. med. C._____ vom 20. Februar 2017 (act. IIA 21) und der versicherungsin-
ternen Ärztin Dr. med. D._____ vom 5. Juli 2017 (act. IIA 1) und vom
13. November 2017 (act. IIA 2) die von der höchstrichterlichen Rechtspre-
chung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforde-
rungen (vgl. E. 3.4 hiervor). Da die Voraussetzungen für einen rechts-
genügenden Aktenbericht vorliegend erfüllt sind (die Akten ergeben ein
vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status, der
Untersuchungsbefund liegt lückenlos vor und die beiden Experten konnten
sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild
machen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b), scha-
det es nicht, dass die Ärzte keine eigene Untersuchung durchgeführt ha-
ben. Die Dres. med. C._____ und D._____ haben sich in ihren Be-
urteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den ge-
sundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinanderges-
etzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere auch auf die bildgebende
Untersuchung vom 4. November 2016 (act. II 14) gestützt. Dr. med.
D._____ hat sich in ihren Berichten zudem eingehend mit den Anmer-
kungen und Ausführungen von Dr. med. F._____ in den Berichten vom
2. Februar 2017 (act. II 17), vom 10. Mai 2017 (act. I 4) und vom 14. Sep-
tember 2017 (act. I 5) auseinandergesetzt. Die gezogenen Schlussfolge-
rungen sind nachvollziehbar begründet und die Ausführungen in der Beur-
teilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend. Dement-
sprechend kann auf die Aktenberichte der Dres. med. C._____ und
D._____ abgestellt werden.

3.5.1 Vorab haben die Dres. med. C._____ und D._____ schlüs-
sig dargelegt, dass der geschilderte Ereignisablauf, bei dem der Beschwer-
deführer die Energie des blockierten Rades mit seinen Armen und Schul-
tern aufgefangen hat, nicht geeignet ist, die im vorliegenden Fall diagnosti-
zierte Verletzung zu verursachen. Dies stimmt mit der medizinischen Lehre
überein, wonach eine direkte Krafeinwirkung auf die oberen Gliedmassen
ohne Zugbelastung der Rotatorenmanschette als nicht geeignet gilt, eine

Ruptur zu verursachen (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, DGU – Mitteilungen und Nachrichten Suppl/2004, Empfehlungen zur Begutachtung von Schäden der Rotatorenmanschette, S. 3). Daran ändert nichts, dass Dr. med. F. _____ im Bericht vom 14. September 2017 (act. I 5) das Ereignis vom 4. September 2016 als verantwortlich für die Ruptur erachtet hat. Denn dieser ging von einem erlittenen Schlag-Gegenschlag-Ereignis aus, das jedoch nicht mit den Schilderungen des Beschwerdeführers und mit dem erstellten Sachverhalt in Einklang zu bringen ist. Für ein solches wäre eine unkontrollierte, weiterlaufende Bewegung des Fahrrads mit Ausschlagen der Lenkstange notwendig, bei welcher der Beschwerdeführer durch Zug und Gegenzug hätte versuchen müssen, das Fahrrad wieder unter Kontrolle zu bringen. Im hier geltend gemachten Ereignis mit einem Frontalaufprall mit sofortigem Stopp ist dies aber gerade nicht der Fall (vgl. E. 3.1 in fine).

Weiter haben die Dres. med. C. _____ und D. _____ in Übereinstimmung mit der einschlägigen medizinischen Literatur nachvollziehbar begründet, dass auch die zum Zeitpunkt des acht Wochen nach dem geltend gemachten Ereignis durchgeführten MRI vom 4. November 2016 bereits weit fortgeschrittene Retraktion der Supraspinatussehne von 2cm klar gegen eine frische Ruptur spricht. Wenn Dr. med. F. _____ in seinem Bericht vom 14. September 2017 (act. I 5) ausführt, er und seine Kollegen hätten bereits solche Retraktionen beobachtet, genügt dies auf jeden Fall nicht, die auf der medizinischen Lehre fussende Stellungnahme der SUVA-Ärzte in Frage zu stellen. Zumal auch die Formulierung von Dr. med. F. _____ nahe legt, dass eine solch weit fortgeschrittenen Retraktion nach so kurzer Zeit nicht die Regel wäre. Soweit er die Retraktion schliesslich mit (bloss) einem Zentimeter einschätzte, ist darauf aufgrund der bildgebenden Befunde nicht abzustellen.

Ferner weist Dr. med. D. _____ auf die massiven degenerativen Vorschädigung hin, die sich im nämlichen MRI ebenfalls zeigten. Wenn nun Dr. med. F. _____ in seinem Bericht vom 10. Mai 2017 (act. I 4) argumentiert, es könne mit grosser Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Ruptur traumatisch bedingt gewesen sei, weil der Patient vor dem Ereignis keine Schwäche und keine Schmerzen in diese Schulter

gehabt habe, überzeugt dies nicht. Er beurteilte die Sache nach dem beweisrechtlich unzulässigen Prinzip "post hoc ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch ein Ereignis verursacht gälte, wenn sie nach diesem aufgetreten ist beziehungsweise symptomatisch wird (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Wie Dr. med. D._____ überdies schlüssig und mit Hinweis auf die einschlägige medizinische Lehre ausführte, können degenerative Sehnenrisse lange kompensiert werden und entsprechend symptomlos bleiben. Zusammengefasst ergibt sich, dass mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit allein ein degenerativer Gesundheitsschaden symptomatisch wurde.

Der massgebende medizinische Sachverhalt ist hinreichend erstellt, weshalb sich – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. 1.2) – weitere Beweiserhebungen erübrigen.

3.5.2 Verschlimmert ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden oder lässt es ihn manifest werden, zieht dies grundsätzlich die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach sich (vgl. E. 2.4 in fine). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist aber auch diese Leistungspflicht zeitlich nicht unbegrenzt. Auch in diesem Fall genügt für die Beendigung der Leistungspflicht, dass der Status quo sine vel ante erreicht wurde. Andernfalls würden die Unfallversicherer für Behandlungen leistungspflichtig, die in keiner Kausalität zu dem jeweils geltend gemachten Ereignis stünden. Dementsprechend ist vorliegend der Zeitpunkt zu ermitteln, in welchem der Status quo sine vel ante erreicht wurde.

Zu dieser Frage äusserte sich Dr. med. C._____ insoweit, als von einem Erreichen des Vorzustandes spätestens nach drei Wochen nach dem Ereignis auszugehen sei. Zu diesem Zeitpunkt sei der beim Ereignis gesetzte Schaden abgeheilt gewesen (vgl. E. 3.2.4 hiavor). Dr. med. D._____ hielt fest, der Status quo sine vel ante sei spätestens am 31. Dezember 2016 erreicht worden (vgl. E. 3.2.6 hiavor). Diese auf der Basis der medizinischen Lehre erfolgte Einschätzung ist nachvollziehbar und überzeugt. Der Vorzustand war damit spätestens Ende 2016 erreicht. Die mit der Operation vom 2. Februar 2017 behandelten Schäden an der

Schulter des Beschwerdeführers sind somit nicht auf das Ereignis vom 4. September 2016 zurückzuführen.

3.6 Nach dem Gesagten besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den über den 31. Dezember 2016 hinaus geklagten, insbesondere am 2. Februar 2017 behandelten Schulterbeschwerden rechts und dem Ereignis vom 4. September 2016. Ob der Fall damit je (formlos) abgeschlossen und die Rückfallmeldung vom 6. Februar 2017 (act. II 5) tatsächlich als solche zu betrachten ist (vgl. zu den Rechtswirkungen E. 2.3 und 2.5 vorstehend), braucht dementsprechend nicht näher geprüft zu werden.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 31. März 2017 erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

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).

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.