

200 18 537 UV  
KOJ/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 14. Dezember 2018**

Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 4. Juli 2018 (ES 01965/18)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist bei der C. \_\_\_\_\_ GmbH als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 1; 66 S. 2). Mit Schadenmeldung UVG vom 14. September 2017 (act. II 1) liess der Versicherte der Suva mitteilen, dass er am 4. September 2017 beim Abladen von Material gestrauchelt sei und sich durch das Abstützen an der rechten Schulter verletzt habe. Am ... 2017 erfolgte an jener Schulter bei diagnostizierter Supraspinatussehnenruptur, AC-Gelenksarthrose sowie Bicepspathologie (vgl. act. II 12) ein operativer Eingriff (act. II 22). Die Suva anerkannte vorerst ihre Leistungspflicht, indem sie für die Heilungskosten aufkam und Taggelder ausrichtete (act. II 9; 11; 21 S. 2). Nachdem sie das medizinische Dossier ihrem Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur Beurteilung vorgelegt hatte (act. II 39), schloss die Suva den Fall mit Verfügung vom 21. März 2018 (act. II 42) ab und verneinte eine über diesen Zeitpunkt hinausgehende Leistungspflicht mit der Begründung, der Zustand, wie er vor dem Unfall bestanden habe, sei wieder erreicht. Dagegen erhob der Versicherte Einsprache (act. II 56; 60), woraufhin die Suva bei Dr. med. D. \_\_\_\_\_ einen weiteren Bericht einholte (act. II 63). Mit Entscheid vom 4. Juli 2018 (act. II 66) hiess die Suva die Einsprache des Versicherten insoweit teilweise gut, als sie ihre Leistungspflicht bis zum 17. April 2018 anerkannte. Soweit weitergehend, wies sie die Einsprache ab.

### **B.**

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 19. Juli 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Der Einspracheentscheid vom 4. Juli 2018 sei so abzuändern, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (insbesondere Taggeldleistungen und Heilbehandlung) über den 17. April 2018 hinaus für die Zeit vom 18. April bis 10. Juni 2018 zu erbringen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. September 2018 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 4. Juli 2018 (act. II 66). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung für den Zeitraum vom 18. April bis 10. Juni 2018.

**1.3** Angesichts der auf knapp zwei Monate beschränkten Dauer der streitigen Leistungspflicht (vgl. Ziffer 1 der Rechtsbegehren) und der für diesen Zeitraum verlangten Leistungen (Taggeld von Fr. 161.70 pro Kalendertag [vgl. act. II 9 S. 1] sowie Heilbehandlung in Form von Physiotherapie [vgl. act. II 35 f.]) liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 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 (AS 2016 4375 und 4393).

Es wird ein Ereignis vom 4. September 2017 geltend gemacht (act. II 1), womit die seit dem 1. Januar 2017 gültige Rechtslage massgebend ist.

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.2.1** Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.2.2** 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).

**2.2.3** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (*status quo ante*) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (*status quo sine*) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (vgl. (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1) 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).

**2.3** Gemäss dem seit 1. Januar 2017 in Kraft stehenden (und vorliegend anwendbaren [vgl. E. 2.1 vorne]) Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Ver-

sicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

Das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung hängt nicht vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses ab. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, BBl 2008 5411 [Ziff. 2.1.2] und 5425 [zu Art. 6 Abs. 2]; Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, BBl 2014 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]).

An die Stelle der Sinnfälligkeit des Ereignisses bzw. des gesteigerten Gefährdungspotentials (vgl. dazu BGE 129 V 466 E. 4.3 S. 471), welche für die Leistungspflicht unter der Herrschaft der bis am 31. Dezember 2016 gültigen Rechtslage gemäss aArt. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. aArt. 9 Abs. 2 UVV massgebend waren, treten nun die medizinischen Aspekte wie die Diagnose und insbesondere die medizinische Beurteilung zum Ursachenspektrum der Verletzung (vgl. SZS 2017 S. 34).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin hat das Ereignis vom 4. September 2017 sowohl in der Verfügung vom 21. März 2018 (act. II 42) als auch im Rahmen des angefochtenen Einspracheentscheides vom 4. Juli 2018 (act. II 66) als Unfall qualifiziert (vgl. S. 9 E. 5d). Demgegenüber scheint sie im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 12. September 2018 das Vorliegen eines Unfallereignisses im Rechtssinne eher zu verneinen (vgl. S. 3 Ziffer 7).

**3.2** Sowohl in der Schadenmeldung UVG vom 14. September 2017 (act. II 1) als auch auf dem am 22. September 2017 (act. II 7) ausgefüllten Fragebogen, mit welchem die Beschwerdegegnerin nähere Angaben zu den Umständen des Ereignisses vom 4. September 2017 verlangte, wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer beim Abladen von Material gestrauchelt und sich durch das Abstützen an der Schulter verletzt habe. Die Frage, ob sich dabei etwas Besonderes ereignet habe, bejahte der Beschwerdeführer indem er angab, es habe sich dabei ein „Sturz“ zugetragen. Demgegenüber hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 28. September 2017 (act. II 13) anamnestisch fest, der Beschwerdeführer habe beim Abladen eine abrupte Belastung der dominanten Schulter rechts erlitten, als er eine Last von über 20kg habe halten wollen.

Zwar erweist sich die Aktenlage hinsichtlich des geschilderten Ereignisses unter den gegebenen Umständen nicht durchwegs als konsistent und es bestehen gewisse Zweifel, ob die Voraussetzung des ungewöhnlichen äusseren Faktors und damit sämtliche Tatbestandsmerkmale des Unfallbegriffs im Sinne von Art. 4 ATSG mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erfüllt sind. Mit Blick darauf, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bis zum 17. April 2018 anerkannt hat (act. II 66 S. 11), bedarf diese Frage jedoch keiner abschliessenden Beantwortung. Denn wie nachfolgend zu zeigen ist, erweist sich die ab dem 18. April 2018 verneinte Leistungspflicht sowohl im Lichte von Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG als auch unter dem Blickwinkel von Art. 6 Abs. 2 UVG als rechtmässig.

#### **4.**

**4.1** Zum Gesundheitszustand und den Ursachen der geklagten Schulterbeschwerden rechts lässt sich den medizinischen Akten im hier massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Juli 2018 (act. II 66) im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**4.1.1** Am ... 2014 wurde der Beschwerdeführer mittels MRI an rechten Schulter untersucht. In der Beurteilung wurde Folgendes festgehalten:

„Tendinose der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne mit höchstens minimaler Unterflächenpartialruptur. Tendinose der langen Bizepssehne. Degenerative AC-Gelenks-Veränderungen. Diskrete Hinweise für anteriore Instabilität. Keine wesentliche Omarthrose“ (act. II 18).

Am ... 2017 erfolgte eine weitere Untersuchung mittels MRI. In der Beurteilung wurde Folgendes festgehalten: „Im Verlauf seit 10/2014 deutlich progrediente Tendinose der Supraspinatussehne mit neu subtotal transmuraler Unterflächenpartialruptur in der dorsalen Hälfte sowie deutlich progredienter Bursitis subakromial und subdeltoideal bei subakromialer Impingement-Morphologie bei fortgeschrittener AC-Arthrose. Neu interstitieller Längsriss der vorbestehenden tendinotischen Subscapularissehne mit leichter medialer Subluxation der schwer tendinotischen langen Bizepssehne. Synovialitis im Rotatorenintervall. Vorbestehend leichte Tendinose der Infraspinatussehne. Keine Omarthrose“ (act. II 5).

**4.1.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 28. September 2017 (act. II 13) als Diagnosen eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, eine tendinopathische lange Bizepssehne, eine symptomatische AC-Gelenksarthrose sowie eine partielle Läsion der Subscapularissehne Schulter rechts nach Trauma vom 4. September 2017 fest. Da aktuell eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, werde so bald als möglich eine Operation durchgeführt.

Diese erfolgte am ... 2017 (vgl. act. II 19, 22; vgl. auch E. 4.1.4 hiernach).

**4.1.3** Der Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 20. November 2017 (act. II 21) als Diagnose eine Distorsion Schulter rechts nach Unfall vom 4. September 2017 sowie unter „Diagnose unfallunabhängig“ degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette mit zunehmender Tendinitis und Tendinose sowohl des Supraspinatus als auch des Infraspinatus sowie der langen Bicepssehne bei AC-Gelenkarthrose und subacromialer Bursitis fest. In der Beurteilung hielt er fest, anlässlich der Kernspintomographie hätten sich im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2014 zunehmende tendinotische Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette und des Intervalls mit jetzt Teilruptur im Bereich der

Supraspinatussehne sowie ausgeprägter Veränderung sowohl der langen Bicepssehne als auch AC-Gelenkarthrose und subacromialer Bursitis gezeigt. Der Befund entspreche einer kontinuierlichen Zunahme der bereits im Jahre 2014 beschriebenen Veränderung. Diese habe deutlich an Grösse zugenommen, es ergebe sich jedoch kein Hinweis auf eine unfallbedingte strukturelle Läsion, insbesondere zeigten sich keine für Unfallereignisse typische Veränderungen im Bereich der Gelenkstrukturen oder der knöchernen Strukturen. Das Ereignis vom 8. (richtig: 4.) September 2017 mit Distorsion der Schulter habe den Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden erheblichen degenerativen Veränderung des rechten Schultergelenkes mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von 8 bis 12 Wochen.

Die in diesen Zeitraum fallende Operation im Bereich der rechten Schulter habe ausschliesslich der Behandlung degenerativer Veränderungen der Rotatorenmanschetten gedient, die sich seit dem Jahre 2014 weiterentwickelt hätten. Es handle sich hier nicht um die Behebung unfallbedingter struktureller Läsionen. Da diese Operation in den Zeitraum der vorübergehenden Verschlimmerung falle, verlängere sich der Zeitraum der unfallbedingten vorübergehenden Verschlimmerung um die Ausheilungszeit nach dieser Operation, somit um ca. drei Monate (S. 2).

**4.1.4** Im Bericht vom 29. November 2017 (act. II 24) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ einen Status „nach arthroskopischer Naht Supraspinatussehne Speed-Bridge Technik, Tenotomie lange Bizepssehne, AC-Unterflächenresektion und Acromioplastik Schulter rechts vom ....2017“. Es finde sich bereits eine relativ gute Beweglichkeit und vor allem eine sehr gute Kraft. Die Arbeitsunfähigkeit bleibe.

Mit weiterem Bericht vom 17. Januar 2018 (act. II 28) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, drei Monate postoperativ bestehe noch eine Bewegungseinschränkung endgradig, die Kraft des Supraspinatus sowie die Funktion seien bereits gut. Die Arbeitsunfähigkeit (...) bleibe. Wahrscheinlich werde eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit zu 50% ab März möglich sein.

**4.1.5** Am ... 2018 wurde ein weiteres MRI des rechten Schultergelenkes durchgeführt. In der Beurteilung wurde Folgendes festgehalten: „Zustand

nach Rekonstruktion der Supraspinatussehne, die im Bereich der Anker kontinuierlichkeitserhaltend abgrenzbar ist ohne tiefere Partialruptur, es zeigt sich jedoch zum Rotatorenintervall ventralseitig eine Unterflächenpartialruptur der Supraspinatussehne über 8 x 5 mm Grösse mit Sehnenausdünnung über knapp 50%. Tendinopathie der Infraspinatussehne, interstitieller kleiner Einriss der Subscapularissehne am tendinoosären Ansatz axial über ca. 1 cm. Eine Bizepssehne intraartikular ist nicht abgrenzbar bei vermutlich erfolgter Tenodese, wobei auch hier die Sehne schwer im Sulcus intertubercularis einsehbar ist“ (act. II 34 S. 2).

**4.1.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 8. März 2018 (act. II 35) fest, MR-tomographisch zeige sich eine korrekte reinserierte Supraspinatussehne über den grössten Teil der Breite, lediglich anterior bestehe ein kurzer Defekt. Die Balance respektive Schulterzentrierung sollte so gut möglich sein. Als ... sei der Beschwerdeführer noch nicht arbeitsfähig. Wahrscheinlich könne dann ab Mai die Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen werden.

**4.1.7** Der Kreisarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 14. März 2018 (act. II 39) eine degenerative Veränderung der Rotatorenmanschette im Bereich des rechten Schultergelenkes. Anhand der neu eingegangenen Befunde ergebe sich kein Hinweis auf eine Notwendigkeit der Änderung der Beurteilung vom 15. (richtig: 20.) November 2017, die postoperative Heilphase sei soweit abgeschlossen. Dies werde durch den Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 8. März 2018 und der postoperativen kernspintomographischen Untersuchung vom ... 2018 bestätigt. Eine weitere Behandlung aufgrund der Unfallfolgen vom 4. September 2017 sei daher nicht mehr gegeben. Die weitere Behandlungsbedürftigkeit bestehe aufgrund der vorbestehenden degenerativen Veränderung im Bereich der Schulter (S. 2).

Mit weiterem Bericht vom 12. Juni 2018 (act. II 63) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, im Rahmen der 8 - 12 Wochen dauernden Rekonvaleszenzzeit sei die Operation erfolgt. Dies müsse im Rahmen der Rekonvaleszenz mit ihren üblichen Ausheilungszeiten in den Zeitraum miteinbezogen werden. Eine Operation an der Rotatorenmanschette mit komplikationslosem Heilverlauf gelte im Allgemeinen als innerhalb von 3 - 4 Monaten, in

selteneren Fällen innerhalb von 6 Monaten als ausgeheilt. In diesem Fall habe sich anhand der Abschlussuntersuchung bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_ von Anfang März 2018 ein Ausheilungsergebnis gezeigt, das im Rahmen der oben genannten Zeiten zu sehen sei (S. 1). Der Begriff der vorübergehenden Verschlimmerung bei Distorsion des Schultergelenkes als Unfallfolge werde akzeptiert und die Behandlungsbedürftigkeit in einem zu nennenden Zeitrahmen eingeräumt. Dieser Zeitrahmen sei eingehalten worden, bei maximal zu erwartender Ausheilungszeit der Operationsfolgen von einem halben Jahr sei jedoch eine Verlängerung des Rekonvaleszenzzeitraums bis Mitte April 2018 anzunehmen. Mit Blick auf Art. 6 Abs. 2 UVG sei so dann mit dem „Mass“ der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die beschriebenen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette vorwiegend auf Abnützung und Krankheit zurückzuführen seien (S. 2).

## **4.2**

**4.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**4.2.2** 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).

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).

**4.3** Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Juli 2018 (act. II 66) auf die Einschätzungen ihres Kreisarztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in den Berichten vom 20. November 2017 (act. II 21), 14. März (act. II 39) und 12. Juni 2018 (act. II 63) ab. Diese erfüllen die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte und erbringen Beweis. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ konnte sich im Rahmen seiner ausschliesslich auf den Akten beruhenden Beurteilungen auf eine in befundmässiger und diagnostischer Hinsicht lückenlos erstellte und im Übrigen unbestrittene medizinische Aktenlage stützen (vgl. E. 4.2.2 vorne). Es liegt darüber hinaus kein Arztbericht im Recht, welcher den von ihm getroffenen Einschätzungen widersprechen oder aber fachliche Aspekte aufzeigen würde, die vom Kreisarzt unberücksichtigt geblieben wären. Soweit der Beschwerdeführer die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ gezogenen Schlussfolgerungen kritisiert, ist darauf im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**4.4** In der Annahme, dass das Ereignis vom 4. September 2017 als Unfall im Rechtssinne zu qualifizieren ist (vgl. E. 3.2 vorne), gilt Folgendes:

**4.4.1** Zunächst ist entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (S. 4 f. Ziffer 16 ff.) dokumentiert, dass der Beschwerdeführer bereits im Oktober 2014 – und damit schon drei Jahre vor dem Ereignis vom 4. September 2017 – an erheblichen degenerativen Veränderungen in der rechten Schulter litt (act. II 18). Insbesondere war in Bezug auf die Supra- und Infraspinatussehne schon damals bildgebend eine Tendinose (degenerative Veränderungen an Sehnenursprüngen und -ansätzen [vgl. dazu: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1782]) mit

„höchstens minimaler Unterflächenpartialruptur“ ausgewiesen, womit sich die Supraspinatussehne damals keineswegs – wie der Beschwerdeführer behauptet (Beschwerde, S. 5 Ziffer 16) – „vollständig intakt“ präsentierte. In der Beurteilung des am 18. September 2017 (act. II 5) erstellten MRI's wird denn auch auf die Progredienz der Tendinose ausdrücklich hingewiesen. Wenn Dr. med. D.\_\_\_\_\_ gestützt darauf schlussfolgerte, der Befund entspreche einer kontinuierlichen Zunahme der bereits im Jahre 2014 beschriebenen Veränderung und diese habe deutlich an Grösse zugenommen (act. II 21 S. 2), deckt sich dies demnach mit der medizinischen Aktenlage und überzeugt. Gegenteiliges folgt auch nicht aus den Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_.

**4.4.2** Ist demnach ausweislich der Akten ein erheblicher krankhafter Vorzustand erstellt, so erweist sich auch die daran anschliessende Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, wonach – mangels Vorliegens einer unfallbedingten strukturellen Läsion – die in den Akten dokumentierte Schulterdistorsion grundsätzlich den Charakter einer allein vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden erheblichen degenerativen Veränderung des rechten Schultergelenks mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von 8 bis 12 Wochen hatte (vgl. act. II 21 S. 2), als ohne weiteres nachvollziehbar und schlüssig. Weil in der Ausheilungsphase der operative Eingriff (am 17. Oktober 2017 [act. II 22]) erfolgte – welcher ausschliesslich der Behandlung degenerativer Veränderungen der Rotatorenmanschette und nicht unfallbedingter struktureller Läsionen diene (act. II 21 S. 2) – verlängerte sich gemäss der kreisärztlichen Einschätzung der Zeitraum der unfallbedingten vorübergehenden Verschlimmerung, wobei Dr. med. D.\_\_\_\_\_ insoweit von einem üblichen postoperativen Heilverlauf von 3 bis 4 Monaten bzw. „in seltenen Fällen“ von 6 Monaten ausging (vgl. act. II 63 S. 1). Unter Bezugnahme auf die in den Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ dokumentierten medizinischen Verhältnisse bejahte der Kreisarzt schliesslich einen solchen seltenen Fall, indem er in concreto eine Ausheilungszeit von einem halben Jahr postulierte und damit – anders als der Beschwerdeführer geltend macht (Beschwerde, S. 5 Ziffer 22) – gerade keinen „Durchschnittsfall“ zugrunde legte. Vor diesem Hintergrund sowie mit Blick auf den Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 8. März 2018 (act. II 35), worin der behandelnde Chirurg eine korrekt reinserierte Supraspina-

tussehne feststellte (vgl. auch act. II 39 S. 2), erweist sich die Festlegung des Status quo sine (6 Monate nach erfolgter Operation) als nachvollziehbar, zumal dessen Zeitpunkt naturgemäss nur mehr oder weniger genau geschätzt werden kann (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 4. November 2016, 8C\_506/2016, E. 3.2.1; vgl. E. 2.2.3 vorne).

**4.4.3** Zusammenfassend ist die über den 17. April 2018 hinaus verneinte Leistungspflicht unter dem Blickwinkel von Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG sowie im Lichte der kreisärztlichen Einschätzungen rechtmässig und damit nicht zu beanstanden.

**4.5** Erfolgt die Leistungsprüfung nach Massgabe von Art. 6 Abs. 2 UVG, so ergibt sich Folgendes:

**4.5.1** Entgegen dem Beschwerdeführer definiert der Gesetzgeber „eine Sehnenruptur nach einem Unfall“ nicht absolut „als Unfallfolge“ (vgl. Beschwerde, S. 5 Ziffer 20). Mit der Neuregelung von Art. 6 Abs. 2 UVG wird lediglich – aber immerhin – eine Vermutung statuiert, wonach der Unfallversicherer den Schadenfall bei erfüllter Listendiagnose übernehmen muss, sofern er den Befreiungsbeweis nicht erbringen kann (vgl. E. 2.3 vorne). Zu welchem Zeitpunkt dieser Befreiungsbeweis erfolgt, spielt mit Blick auf die Konzeption der sozialen Unfallversicherung als eine kausale Versicherung (vgl. BGE 120 V 95 E. 4d S. 104) – woran die per 1. Januar 2017 erfolgte UVG-Revision nichts geändert hat – mangels anderweitiger Hinweise in Art. 6 Abs. 2 UVG keine Rolle. Entscheidend ist allein, ob im strittigen Zeitpunkt die geltend gemachte Listendiagnose mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181) vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen war.

**4.5.2** Dies ist vorliegend zu bejahen: Im Bericht vom 12. Juni 2018 (act. II 63) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ unter ausdrücklicher Bezugnahme auf Art. 6 Abs. 2 UVG fest, auch in der neuesten kernspintomographischen Untersuchung aus dem Jahre 2018 sei erkennbar, dass bereits im Jahre 2014 eine zu erkennende Degeneration im Bereich des Schultergelenkes vorgelegen und diese im Laufe der Zeit zugenommen habe. Einerseits liege eine gute Rekonstruktion der Supraspinatussehne vor, gleichzeitig bestehe je-

doch eine zunehmende Unterflächenläsion an anderen Stellen, die zum Zeitpunkt der Operation noch nicht nachgewiesen worden sei. Auch hieran sei zu erkennen, dass die Degeneration der Sehnen weiter zunehme und die Refixierung der Supraspinatussehne anlässlich der Operation vom Oktober 2017 lediglich den Versuch darstelle, diesen degenerativen Prozess zu verlangsamen. Die jetzt beschriebenen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette seien Ausdruck der zunehmenden Degeneration. Auch diese Veränderungen würden fortschreiten, ohne dass hierbei ein Unfallgeschehen nachzuweisen sei. Somit sei „mit dem Mass“ der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass dieser Prozess vorwiegend auf Abnützung und Krankheit zurückzuführen sei.

Wie in E. 4.4.1 vorne dargelegt, war bereits seit 2014 ein (sich in progredienter Entwicklung befindender) erheblicher degenerativer Vorzustand hinsichtlich der rechten Schulter ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund überzeugen die Ausführungen des Kreisarztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auch unter dem Blickwinkel von Art. 6 Abs. 2 UVG und die daraus gezogene rechtliche Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in der rechten Schulter spätestens im Leistungseinstellungszeitpunkt vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen waren (vgl. auch E. 4.4.2 vorne), ist schlüssig, zumal sich auch insoweit den Berichten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine Aspekte entnehmen lassen, die allenfalls in eine andere Richtung weisen. Schliesslich entspricht dieses Ergebnis auch der medizinischen Erfahrungstatsache, wonach Rupturen der Rotatorenmanschette ätiologisch v.a. auf degenerativen Veränderungen oder vermehrtem Verschleiss bei subacromialer Enge beruhen (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576; act. II 5).

**4.6** Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Juli 2018 (act. II 66) nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

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

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Suva
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.