

200 19 121 UV  
FUR/SCC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. August 2019**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 (13.700.002/797)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist seit Juli 2016 für die C.\_\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Dossier der AXA, Akten [act.] II A1). Am 3. August 2017 stürzte er mit seinem Motorrad wegen eines aus einem Parkfeld rückwärts fahrenden Personenwagens beim D.\_\_\_\_\_ in ... (Schadenmeldung vom 1. September 2017 [act. II A1]; vgl. auch act. II A27 und act. IIA M2). Als Verletzung wurde eine Prellung der rechten Schulter angegeben (act. II A1; vgl. auch act. IIA M2). Die Erstbehandlung erfolgte im Spital E.\_\_\_\_\_ (Hospitalisation vom 3. bis 5. August 2017 [act. IIA M2]). Nach einer MRI-Untersuchung des Schultergelenks rechts am 5. September 2017 (act. IIA M5, M7) wurde am 14. September 2017 ein operativer Eingriff an der rechten Schulter durchgeführt (act. IIA M1). Nachdem die AXA Abklärungen, u.a. Einholung von Aktenberichten ihrer beratenden Ärzte (act. IIA M10, M15), vorgenommen hatte, teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 13. Februar 2018 mit, die Leistungen würden per 6. September 2017 eingestellt; auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen verzichtete sie (act. II A14). Mit Verfügung vom 2. Mai 2018 stellte sie die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 5. September 2017 ein mit der Begründung, es läge kein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 3. August 2017 und den danach noch geltend gemachten Beschwerden vor (act. II A21). Die hiergegen erhobene Einsprache (act. II A22) wies die AXA mit Entscheid vom 15. Januar 2019 ab (act. II A31).

### **B.**

Am 13. Februar 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt, der Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 sei aufzuheben, es seien dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

Eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen, und es sei erneut zu entscheiden.

Am 12. Mai 2019 reichte der Versicherte einen (nicht unterzeichneten) medizinischen Bericht vom 10. März 2019 ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2019 beantragt die AXA 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** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 (act. II A31). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 3. August 2017 zu Recht ab 5. September 2017 abgelehnt 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** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG).

**2.2** 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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.3** 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

**2.4** 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 blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

## **2.5**

**2.5.1** 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 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; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

**2.5.2** Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so liegt eine richtunggebende Verschlimmerung vor (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

**2.5.3** 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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher

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

### **3.**

**3.1** Es ist unter den Parteien zu Recht unbestritten, dass am 3. August 2017 ein Unfallereignis (Sturz vom Motorrad) stattgefunden hat (act. II A1). Umstritten ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab dem 5. September 2017 insbesondere für die Folgen der bei einem MRI des rechten Schultergelenks vom 5. September 2017 festgestellten Läsion (act. IIA M5), welche am 14. September 2017 operativ behandelt wurde (act. IIA M1).

**3.2** Den Akten ist aus medizinischer Sicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht vom 4. August 2017 diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Spital E.\_\_\_\_\_, einen immobilisierenden Schulterschmerz rechts nach Töfflisturz, Schmerzen auch in Wade, Beckenschaufel rechts; das Röntgen des Handgelenks, der Schulter und des Beckens, habe keinen Hinweis auf eine ossäre Läsion ergeben, es liege eine alte Fraktur im Tuberculum minor rechts vor. Es erfolge eine analgetische Therapie und Physiotherapie. Es sei mithilfe der Physiotherapie mit der Mobilisation begonnen worden, wodurch eine passive Schulter-Pendelübung habe erreicht werden können. Der weitere stationäre Aufenthalt habe sich im Verlauf komplikationslos gestaltet, so dass der Patient am 5. August 2017 in gutem Allgemeinzustand zur ambulanten Behandlung habe nach Hause entlassen werden können (act. IIA M2).

**3.2.2** Im Befundbericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 6. September 2017 nach einem MRI des Schultergelenks rechts vom 5. September 2017 wurde dargelegt, es sei eine vom Footprint abgerissene Supraspinatussehne, eine subtotal desinserierte Subscapularissehne, medial subluxierte tendinotisch alterierte lange Bizepssehne ersichtlich. Es liege eine Ansatz tendinose der Infraspinatussehne, SLAP 1, vor (act. IIA M5).

**3.2.3** Im Bericht vom 8. September 2017 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine traumatische Supraspinatus- und partielle Subscapularissehnenläsion Schulter rechts nach Trauma vor mehr als vier Wochen. Klinisch wie auch im MRI imponiere eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion. Angesichts des Befundes und der Beschwerden respektive der Arbeit und des Alters des Patienten empfehle sie die Rekonstruktion (act. IIA M7). Am 14. September 2017 führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ eine Schulterarthroskopie, ein Debridement diagnostisch, eine subacromiale Dekompression nach Neer und eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch (act. IIA M1).

Im Bericht vom 27. September 2017 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ einen Status nach grosser transmuraler Rotatorenmanschettenläsion post-traumatisch Schulter rechts mit Rekonstruktion am 14. September 2017. Dem Patienten gehe es relativ gut. Er habe jedoch relativ starke Schmerzen und könne den Arm kaum bewegen. Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. IIA M6). Am 25. Oktober 2017 führte sie aus, dem Patienten gehe es etwas besser. Die passive Mobilität habe sich stark gesteigert, aktiv sei sie jedoch nach wie vor sehr eingeschränkt. Es werde mit Physiotherapie zweimal wöchentlich fortgefahren (act. IIA M4). Im Bericht vom 27. November 2017 stellte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, es zeige sich doch eine wesentliche Besserung der Mobilität, vor allem der aktiven Mobilität (act. IIA M8). Am 17. Januar 2018 legte sie dar, der Patient habe wesentliche Fortschritte gemacht in der Mobilität, auch die Schmerzen hätten sich stark gebessert. Ab dem 22. Januar 2018 werde bis zur nächsten Kontrolle eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (act. IIA M9).

**3.2.4** Im Aktenbericht vom 26. Januar 2018 führte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, im MRT der rechten Schulter vom 5. September 2017 hätten sich als Hauptbefunde eine distal vollständig desinserierte Supraspinatussehne, im kranialen Bereich deutlich tendinotische bis partiell desinserierte Sehnen von Infraspinatus und Subskapularis gezeigt, wobei auch deren Ansatzstelle am Tuberculum minus chronisch verändert gewirkt habe (wahrscheinlich analog den

Veränderungen, wie sie im Röntgen beschrieben worden seien). Die lange Bizepssehne sei leicht tendinotisch verändert und kranial möglicherweise leicht aus dem Sulkus subluxiert gewesen und auch das Akromioklavikulargelenk (AC-Gelenk) habe arthrotische Veränderungen gezeigt. Auffallend sei die Retraktion der Supraspinatussehne und vor allem die deutliche Atrophie der Muskulatur gewesen, wie es sich typischerweise bei einer chronischen Läsion sehen lasse. Hinweise auf eine akute Alteration, namentlich eine solche, wie sie durch eine direkte Schulterkontusion entstehen könne (beispielsweise ödematöse Veränderungen der Weichteile, bone bruises) liessen sich hingegen nicht finden. Entsprechend ergäben sich morphologisch auch keine Hinweise mehr auf das stattgehabte Trauma vom 3. August 2017. Zur Frage der unfallfremden Faktoren hielt er fest, es hätten sich ausschliesslich Alterationen gezeigt, die überwiegend wahrscheinlich als chronisch zu beurteilen seien. Morphologische Hinweise auf die direkte Kontusion, wie sie am 3. August 2017 stattgefunden habe, seien hingegen nicht mehr zu finden gewesen. Entsprechend sei der Zustand der rechten Schulter, wie er sich am 5. September 2017 präsentiert habe, auf makrostruktureller Ebene als überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich unfallfremd zu beurteilen. Auf die Frage nach dem Status quo ante/sine führte der beratende Arzt aus, durch das Ereignis vom 3. August 2017 sei es zu einer schmerzhaften Aktivierung des erwähnten pathologischen Vorzustandes im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen. Hinweise auf neu aufgetretene strukturelle Veränderungen, die als richtunggebende Verschlimmerung bewertet werden könnten, seien in der MRT vom 5. September 2017 hingegen nicht zu finden, sodass mit diesem Datum ein morphologischer status quo sine belegt werden könne. Dies schliesse selbstverständlich persistierende Restbeschwerden und eine dadurch noch eingeschränkte aktive Beweglichkeit nicht aus, doch ergebe sich unfallkausal kein Grund, deswegen eine Operation durchzuführen. Beim Eingriff vom 14. September 2017 seien dann auch ausschliesslich Veränderungen angegangen worden, die bereits vorbestehend gewesen seien (act. IIA M10).

**3.2.5** In der Aktenbeurteilung vom 10. Dezember 2018 (act. IIA M15) führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, aus, das MRI der rechten Schulter vom 5. Septem-

ber 2017 zeige ausschliesslich degenerative Veränderungen und keinerlei Anhalt für ein akut traumatisches Geschehen. Es fehlten hier traumabedingte Begleitverletzungen im Bereich der Muskulatur sowie des Gelenks. Bei einer derartigen Verletzung der Rotatorenmanschette hätten sich zumindest ein massiver Hämarthros sowie Veränderungen an der Muskulatur zeigen müssen. Es fehle des Weiteren ein Knochenmarksignal als Zeichen einer direkten Kontusion. Das Auseinanderweichen der tendinopathisch alterierten Sehnenstümpfe der Supraspinatussehne von knapp 4 cm deute auf einen degenerativen Vorgang hin, dessen Beginn mindestens neun Monate zurückliege. Bei der Erstuntersuchung im Spital E.\_\_\_\_\_ habe eine knöcherne Läsion ausgeschlossen werden können. Äussere Verletzungszeichen seien nicht beschrieben worden. Es sei mit der Mobilisation umgehend begonnen worden, wodurch passive Schulter-Pendelübungen hätten erreicht werden können. Es werde von einem klinisch erfreulichen Verlauf gesprochen. Eine derartige schnelle Abnahme der Beschwerden nach einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion dieses Ausmasses sei chirurgisch/traumatologisch nicht vorstellbar. Der status quo sine sei somit mit dem Datum des MRI wieder erreicht gewesen. Es handle sich, wenn überhaupt, um eine leichte Prellung (fehlender bone bruise; Ziff. 1). Eine solche sei grundsätzlich nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen. Eine Rotatorenmanschette könne bei einer Schulterluxation reissen, ansonsten reisse sie ausschliesslich unter Zug, beim Supraspinatus bei einem Zug des Arms nach oben und hinten (Ziff. 2). Der beratende Arzt führte weiter aus, wäre die Rotatorenmanschettenläsion unfallbedingt entstanden, wäre zum einen die Beweglichkeit bei diesem Ausmass aufgehoben gewesen. Zusätzlich hätten sich Begleitverletzungen im Bereich der Muskulatur und im Bereich des Gelenks wie beschrieben gezeigt. Dies sei nicht der Fall gewesen (Ziff. 3). Zur Frage der Einschränkung vor dem Unfall hielt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ fest, die Angaben des Beschwerdeführers, er sei vor dem Ereignis vom 3. August 2017 beschwerdefrei gewesen, sei nicht glaubhaft. Eine Kraftabschwächung zum Beispiel bei Abduktion des Armes habe sicher vor dem Unfall schon bestanden. Das Ausmass der Einschränkung habe sich durch den Unfall sicher für einige Zeit durch die Prellung verstärkt, eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes sei jedoch nicht eingetreten, da keine traumatische Veränderung (Verletzung!) vorliege (Ziff. 6). Zur Frage einer dauernden, erheb-

lichen Schädigung der körperlichen Integrität führte er aus, selbst unter Annahme eines traumatisch bedingten Schadens wäre die Erheblichkeitsgrenze eines entschädigungspflichtigen Integritätsschadens nicht erreicht. Die Einschränkung der Beweglichkeit hierfür sei zu gering (siehe SUVA-Tab. 1, Funktionseinschränkung obere Extremitäten; Ziff. 7).

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

#### **3.4**

**3.4.1** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.4.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wieder-

holt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

**3.4.3** Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf die Aktenberichte der beratenden Ärzte Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_, welche die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert von ärztlichen Berichten erfüllen (vgl. E. 3.4.1 hiavor), abgestellt. Es ist nicht zu beanstanden, dass es sich um reine Aktenberichte handelt, da die Akten ein vollständiges Bild über den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt ergeben. Die Ärzte konnten sich somit ein gesamthaft lückenloses Bild machen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 9. August 2011, 8C\_198/2011, E. 2.2). Im Übrigen wäre mit einer Untersuchung durch die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin keine relevante Information mehr zu erheben gewesen, da der Beschwerdeführer bereits am 14. September 2017 operiert worden und die medizinische Situation direkt nach dem Unfall ohnehin nur gestützt auf die Akten zu ermitteln war. Die Ausführungen von Dr. J. \_\_\_\_\_, das Auseinanderweichen der tendinopathisch alterierten Sehnenstümpfe der Supraspinatussehne von knapp 4 cm deute auf einen degenerativen Vorgang hin, dessen Beginn mindestens neun Monate zurückliege, und eine Rotatorenmanschette könne bei einer

Schulterluxation reissen, ansonsten reisse sie ausschliesslich unter Zug, beim Supraspinatus bei einem Zug des Arms nach oben und hinten (act. IIA M 15 S. 2 f. Ziff. 1 und S. 3 Ziff. 2), überzeugen. Bereits Dr. med. I. \_\_\_\_\_ hatte eine Retraktion der Supraspinatussehne (gemäss Bericht zur Bildgebung bereits 4 cm [act. IIA M5]), wie es sich typischerweise bei einer chronischen Läsion sehen lasse, erwähnt (act. IIA M10 S. 2 Ziff. 1).

Zum Unfallablauf ist den echtzeitlichen Akten des erstbehandelnden Spitals zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei mit dem Töffli in ein rückwärts-fahrendes Auto geschoben worden und er sei dabei zu Fall gekommen. Er sei mit ca. 30 km/h unterwegs gewesen. Er sei auf die linke Seite gestürzt (act. IIA M2). In der Schadenmeldung vom 1. September 2017 wurde ausgeführt, „auf dem Parkplatzgelände des D. \_\_\_\_\_ ist ein Auto in mich gefahren, währendem ich auf einem Roller sass“ (act. II A1). Im Strafbefehl der Staatsanwaltschaft des Kantons Bern vom 24. August 2018 wurde zum Ereignis ausgeführt, die Fahrzeugführerin habe sich nicht hinreichend versichert, dass sie keine anderen Strassenbenützer behindere und sie habe sich auf eine Passantin konzentriert. Sie habe dadurch den von rechts nahenden, vortrittsberechtigten Motorradfahrer übersehen und sei mit ihm kollidiert. Dadurch sei dieser gestürzt (act. II A27). Als Verletzung wurde in den echtzeitlichen Akten erwähnt, der Beschwerdeführer habe seither Schmerzen in der rechten Schulter, dem Becken, dem Handgelenk sowie der rechten Wade (act. IIA M2) bzw. es liege eine Prellung der Schulter rechts vor (act. II A1). Es ist damit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auf die Schulter stürzte und er sodann Schmerzen in der rechten Schulter beklagte. Laut Akten lag kein Hinweis auf eine ossäre Läsion vor (vgl. act. IIA M2) und die Schulter konnte bereits anlässlich der Hospitalisierung im Spital E. \_\_\_\_\_ mobilisiert werden; der Beschwerdeführer wurde denn auch am 5. August 2017 bei klinisch erfreulichem Verlauf entlassen (act. IIA M2 S. 2). Die Angaben des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, eine Prellung sei grundsätzlich nicht geeignet, eine Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen und eine derart schnelle Abnahme der Beschwerden nach einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion, mit dem Ausmass wie im MRI vom 14. September 2017 gezeigt, sei chirurgisch und traumatologisch nicht vorstellbar (act. IIA M 15 S. 3 Ziff. 1 und 2), sind schlüssig und überzeugen. Auch seine Aus-

führungen zum Bewegungsablauf, welcher (theoretisch) zu einer Rotatorenmanschettenläsion führen könnte, und seine Aussage, der in den Akten beschriebene Unfallablauf stünde mit einer Rotatorenmanschettenläsion nicht in Einklang, zusätzliche Begleitverletzungen im Bereich der Muskulatur, des Gelenks seien zudem nicht vorhanden gewesen (vgl. act. IIA M2, M 15 S. 3 Ziff. 2 und 3), sind nachvollziehbar. Die beratenden Ärzte haben somit ausführlich dargelegt und nach umfassender Prüfung der medizinischen Akten zu Recht festgestellt, dass die Schädigung der Rotatorenmanschette nicht auf das Unfallereignis vom 3. August 2017 zurückzuführen ist. Vielmehr ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich bei der am 14. September 2017 operierten Läsion der Rotatorenmanschette um einen degenerativen Vorzustand handelt und dass der status quo sine bereits am 5. September 2017 eingetreten war.

**3.6** Die Vorbringen des Beschwerdeführers ändern nichts an diesem Ergebnis: Auch wenn er sich darauf beruft, ein Sturz auf den ausgestreckten Arm werde in der Literatur als häufiger Unfallmechanismus einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion aufgeführt (Beschwerde S. 5), was von der Beschwerdegegnerin wiederum mit Hinweis auf die Literatur verneint wird (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 2.1.2), kann diese Frage hier letztlich offenbleiben. Denn ein Sturz auf den ausgestreckten Arm ist zwar möglich (vgl. Beschwerde S. 5), jedoch ist ein solcher Unfallhergang gestützt auf die Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Das gleiche gilt für den beschwerdeweisen Einwand zum Unfallmechanismus, er habe versucht, seinen Roller nach der Kollision zu stabilisieren, um einen Sturz zu verhindern (Eingabe des Beschwerdeführers vom 12. März 2019, S. 2). Der Folgerung, welche der Beschwerdeführer daraus ableiten will (die unmittelbar auftretenden „immobilisierenden Schulterschmerzen“ hätten somit zeitnah als Rotatorenmanschettenläsion mit rupturierter Supraspinatussehne objektiviert werden können [vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 12. März 2019, S. 2]), kann somit nicht gefolgt werden. In ihren Berichten geht die behandelnde Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ jeweils bei der Diagnose von einer Rotatorenmanschettenläsion *posttraumatisch* Schulter rechts aus, diese Einschätzung wird jedoch in keinem ihrer Berichte begründet (act. IIA M1, M4 ff., M11 ff.). Für die Frage nach der natürli-

chen Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 3. August 2018 und der Rotatorenmanschettenläsion kann deshalb nicht darauf abgestellt werden.

Der Beschwerdeführer vermag ebensowenig mit dem „anonymisierten“ Bericht einer (angeblichen) Fachärztin Innere Medizin (welche weder namentlich genannt wurde noch den Bericht unterzeichnete), vom 10. März 2019 (act. I 6; eingereicht am 12. März 2019) die Beurteilung der Vertrauensärzte der Beschwerdegegnerin in Zweifel zu ziehen. Wie bereits erwähnt ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass es beim Unfallereignis zu „gewaltigen Zug- und Schärkräften“ und demzufolge zu Sehnenabrissen im Bereich der Rotatorenmanschette rechts gekommen ist. Der von der Ärztin beurteilte Unfallablauf und die daraus abgeleiteten Folgen („Diese gewaltigen Zug- und Schärkräfte seien imstande, Sehnen oder auch Muskeln reißen zu lassen, ohne dass Kontusionsmarken sichtbar werden“) beruhen vielmehr auf Mutmassungen. Soweit die Angabe, die Ursache der Sehnenrisse sei traumatisch bzw. es liege eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes vor, allein auf der Argumentation beruht, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, sind sie beweisrechtlich nicht massgeblich (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime „post hoc ergo propter hoc“: BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Damit erübrigt sich auch die Einholung von Auskünften des Arbeitgebers zur Arbeitsfähigkeit vor dem Unfall.

**3.7** Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 4) lässt sich auch aus dem Strafbefehl vom 24. August 2018 (Verurteilung der fehlbaren Fahrzeuglenkerin wegen fahrlässiger schwerer Körperverletzung zum Nachteil des Beschwerdeführers) nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten, denn das Gericht ist für die Beurteilung der unfallversicherungsrechtlichen Frage nach der natürlichen Kausalität zwischen dem Ereignis vom 3. August 2017 und der Rotatorenmanschettenläsion nicht an die Sachverhaltsfeststellung aus strafrechtlicher Sicht gebunden. Es erübrigt sich zudem die IV-Akten einzuholen, denn die IV-Stelle prüft das Vorliegen eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens, wobei unerheblich ist, ob dieser auf Krankheit oder Unfall beruht.

**3.8** Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Ergänzende Abklärungen erübrigen sich, da hiervon keine neuen Erkenntnisse erwartet

werden können (antizipierte Beweiswürdigung: vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

Nach dem Dargelegten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens ab dem 5. September 2017 kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den geklagten (zur Operation vom 14. September 2017 Anlass gebenden) Beschwerden und dem Unfallereignis vom 3. August 2017 mehr bestand.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung 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, BBI 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, BBI 2014 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]).

**4.2** Es besteht kein Anspruch auf Leistungen aufgrund von Art. 6 Abs. 2 UVG, da die Listenverletzung gemäss den nachvollziehbaren und in jeder Hinsicht überzeugenden Einschätzungen der Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und

J. \_\_\_\_\_ als rein degenerativer Vorzustand ausschliesslich auf Abnutzung bzw. Krankheit (vgl. E. 3.8 hiervor) zurückzuführen ist.

**4.3** Der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 (act. II A31) ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

## **5.**

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

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Art. 61 lit. g ATSG schliesst die Zusprechung einer Prozessentschädigung an den Sozialversicherungsträger im kantonalen Verfahren grundsätzlich aus.

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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

Die Kammerpräsidentin:

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.