

200 19 936 UV
WIS/IMD/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Juni 2020

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
Direktion Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 13. November 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber bei der Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er sich gemäss Unfallmeldung vom 17. September 2018 (Akten der Mobiliar [act. II] UM1) am 8. September 2018 bei einem Verkehrsunfall Verletzungen des rechten Mittelfusses und der beiden oberen Extremitäten zuzog. Die Mobiliar erbrachte für dieses Ereignis die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggeld [act. II Regress unpaginiert]).

Am 8. April 2019 (Akten der Mobiliar [act. IIA] Unfallmeldung unpaginiert) liess der Versicherte über seine Arbeitgeberin einen weiteren Unfall vom 31. Dezember 2018 melden. Er sei zu Hause mit dem Bürostuhl nach hinten gerollt, über den Teppich gestolpert und mit der linken Schulter gegen die Wand gekracht. Dabei habe er sich einen Sehnenriss zugezogen.

Bezüglich beider Ereignisse klärte die Mobiliar den medizinischen Sachverhalt ab; namentlich legte sie die Akten ihrem Vertrauensarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung vor. Gestützt auf dessen Aktengutachten vom 1. Mai 2019 (act. II M14) bzw. dessen Stellungnahme vom 30. April 2019 (act. IIA M16) terminierte die Mobiliar mit Verfügungen vom 21. Mai 2019 (act. II Korrespondenz pag. 46-48; act. IIA Korrespondenz pag. 10-11) ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 8. September 2018 per 9. Oktober 2018 und für das Ereignis vom 31. Dezember 2018 per 6. Januar 2019. Die dagegen erhobenen Einsprachen (act. II Korrespondenz pag. 64-65, 78-81; act. IIA Korrespondenz pag. 24-25, 34-35) wies die Mobiliar mit Einspracheentscheid vom 13. November 2019 (act. II Korrespondenz pag. 84-99; act. IIA Korrespondenz pag. 37-52) ab. Eine seitens der zuständigen obligatorischen Krankenversicherung erhobene Einsprache vom 29. Mai 2019 (act. II Korrespondenz pag. 53; act. IIA Korrespondenz pag. 14) zog diese mit Schreiben vom 3. Juli 2019 zurück (act. II Korrespondenz pag. 72; act. IIA Korrespondenz pag. 31).

B.

Mit Eingabe vom 13. Dezember 2013 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 13. November 2019 sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere über den 9. Oktober 2018 bzw. 6. Januar 2019 hinausgehend, auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen, insbesondere eine verwaltungsexterne medizinische Expertise mit medizinischem Fachgebiet Orthopädie, vornehme und hiernach über die gesetzlichen Leistungen nach UVG erneut entscheide.

Mit Eingabe vom 16. Dezember 2019 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 11. Dezember 2019 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 8) zu den Akten. Gleichzeitig stellte er den Antrag, die Beschwerdegegnerin sei zur Übernahme der Kosten dieses Berichts in der Höhe von Fr. 200.-- zu verpflichten.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2020 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 Anträ-

gen 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 13. November 2019 (act. II Korrespondenz pag. 84-99; act. IIA Korrespondenz pag. 37-52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 9. Oktober 2018 (betreffend Ereignis vom 8. September 2018) bzw. den 6. Januar 2019 (betreffend Ereignis vom 31. Dezember 2018) hinaus.

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 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusam-

menhang 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 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 entfiel („conditio sine qua non“; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.3 Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung 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). Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Janu-

ar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 9.1).

2.4 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, 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, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 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.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Ereignisse vom 8. September und vom 31. Dezember 2018 die kumulativen Anspruchsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllen. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf den besagten Unfällen – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 9. Oktober 2018 (betreffend Ereignis vom 8. September 2018 [act. II Korrespondenz pag. 46-48]) bzw. per 6. Januar 2019 (betreffend Ereignis vom 31. Dezember 2018 [act. IIA Kor-

respondenz pag. 10-11]) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, wann der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den jeweiligen Ereignissen und den diesbezüglich beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) entfallen ist. Die Beweislast hierfür liegt bei der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.2.1 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Der nach dem Unfall vom 8. September 2018 erstbehandelnde Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im „Arztzeugnis UVG“ vom 19. September 2018 (act. II M1) fest, der Patient habe am 8. September 2018 einen Sturz mit dem Motorrad erlitten. Die Erstbehandlung habe am 11. September 2018 stattgefunden. Er diagnostizierte eine beidseitige traumatische Periarthritis humeroscapularis und eine Kontusion am rechten Fuss.

3.2.2 Im Bericht des Röntgeninstituts F. _____ vom 9. Oktober 2018 (act. II M2) wurden die folgenden Befunde betreffend die linke Schulter festgehalten: Unterflächenpartialruptur der Supraspinatussehne und diskrete Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne; diskreter SLAP Typ II, Differentialdiagnose: sublabraler Recessus; Bursitis subacromialis und diskrete AC-Gelenks-Veränderungen.

3.2.3 Der Vertrauensarzt Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Bericht vom 7. November 2018 (act. II M4) eine Schulterkontusion links sowie vorbestehend degenerative Veränderungen des linken Schultergelenkes mit Partialrupturen der Rotatorenmanschette und eine degenerative SLAP-Läsion. Vorbestehend lägen zudem eine Bursitis subacromialis und eine AC-Gelenksarthrose vor. Der Status quo sine sei spätestens am 9. Oktober 2018 und dem Ausschluss traumatischer Veränderungen per MRI eingetreten.

3.2.4 Einem weiteren Bericht des Röntgeninstituts F. _____ vom 17. Januar 2019 (act. II M6) ist zu entnehmen, dass im Verlauf seit dem 9. Oktober 2018 eine progrediente, nun vollständig transmurale Ruptur der

Supraspinatussehne direkt am Ansatz von ventral bis weit nach dorsal ohne wesentliche Retraktion der Sehne vorliege. Es bestehe eine leicht progrediente Unterflächenpartialruptur der kranialen ansatznahen Subscapularissehne (ca. 50 %). Die lange Bizepssehne sei intakt. Es lägen keine Labrumruptur und keine ossäre Traumafolge bei ansonsten Status idem vor. Es bestehe keine Omarthrose, die leichte AC-Arthrose ohne Aktivierung sei unverändert.

3.2.5 Im Schreiben vom 29. Januar 2019 (act. II M7) berichtete Dr. med. E._____, dass die konservative Therapie zwischen September und Dezember 2018 nur mühsam den Weg zu einer Besserung gefunden habe, wobei vor Abschluss wieder eine ordentliche Beweglichkeit habe erlangt werden können, die wieder eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf erlaubt habe.

3.2.6 Dr. med. D._____ hielt im Bericht vom 31. Januar 2019 (act. II M5) fest, es bestehe eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne und eine Läsion der cranialen Subscapularissehne mit instabil geführter langer Bizepssehne. Er empfehle die arthroskopische Naht der Supraspinatussehne und gleichzeitig wahrscheinlich eine Tenotomie der langen Bizepssehne, da das Pulley durch die Rotatorenmanschettenläsion geschädigt sei. Eine weitere konservative Behandlung bei persistierenden Schmerzen und eingeschränkter Kraft sei beim unter 60-jährigen Patienten nicht indiziert.

Der entsprechende Eingriff durch Dr. med. D._____ erfolgte am 19. Februar 2019 (act. II M8.1). Zur Indikation führte er im Bericht desselben Datums aus, es bestehe eine Läsion der superioren Rotatorenmanschette nach Motoradunfall vom 8. August (richtig: September) 2018. Initial sei konservativ behandelt worden. Im MRT sei zudem eine SLAP-II-Läsion vermutet worden. Am 31. Dezember 2018 sei es zu einem erneuten Sturzereignis mit Traumatisierung der Schulter links mit zunehmend eingeschränkter Kraft gekommen. Eine erneute Abklärung mittels Arthro-MRT der Schulter links zeige nun eine transmurale Ruptur anterior, in der klinischen Untersuchung fänden sich eine freie Beweglichkeit, verminderte Kraft für Supraspinatus und positive Bizepszeichen. Das Schultergelenk sei indolent. Bei persistierenden Beschwerden (trotz konservativer Behand-

lung) und Kraftminderung werde die Indikation zur Arthroskopie, wahrscheinlich Tenotomie der langen Bizepssehne und Naht der Supraspinatussehne bei transmuraler Ruptur gestellt. Anlässlich der Schulterarthroskopie habe sich die Subscapularissehne als grösstenteils intakt gezeigt, superior habe nur eine leichte Unregelmässigkeit vorgelegen. Eine eigentliche SLAP-Läsion sei nicht festgestellt worden. Die lange Bizepssehne habe sich verdickt und instabil geführt dargestellt. Es habe sich eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne über eine Breite von ca. 1 cm ohne Retraktion gezeigt. Die restliche Rotatorenmanschette sei intakt gewesen. Es habe ein eher laxes Gelenk mit Subluxation nach inferior vorgelegen.

3.2.7 Im Bericht vom 27. März 2019 (act. II M10) führte Dr. med. E. _____ aus, der Patient habe sich nach dem Unfall vom 8. September 2018 für ein konservatives Vorgehen mit Physiotherapie und Einsatz von nichtsteroidalen Antirheumatika entschieden, womit er einverstanden gewesen sei. Das am 9. Oktober 2018 durchgeführte MRI habe Unterflächenpartialrupturen der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne links gezeigt. Unter Fortsetzung der Physiotherapie und der Infiltration subclavicular links sei es zu einer Regredienz des Schmerzes und einer Besserung der Beweglichkeit gekommen, wobei die Subscapularisfunktion links deutlich eingeschränkt sei. Die Arbeit habe ab dem 10. Dezember 2018 zu 50 % wieder aufgenommen werden können. Am 31. Dezember 2018 sei erneut ein Sturz und eine Kontusion der linken Schulter erfolgt. In der Folge habe wieder eine vermehrt eingeschränkte Abduktion und Subscapularisfunktion vorgelegen. Das MRI zeige nun eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne. Daraufhin sei die Überweisung an Dr. med. D. _____ erfolgt, in dessen Händen nun die Beurteilung und die notwendige arthroskopische Schulteroperation links liege. Die Beurteilung des beratenden Arztes (vom 7. November 2018) könne er nicht nachvollziehen. Die genannte leichte AC-Arthrose sei nicht Gegenstand der Behandlung gewesen und eine vollständige Supraspinatussehnenruptur (MRI vom 19. Januar 2019) ohne zusätzliches Trauma sei sicher nicht zwingend eine Folge des Unfalls vom 8. September 2018.

In einem weiteren Bericht vom 22. April 2019 (act. II M11) kritisierte Dr. med. E. _____ die „willkürliche“ Begrenzung der Kostenübernahme

durch die Beschwerdegegnerin auf den 10. Oktober 2018 bei einer Partialruptur während der laufenden Physiotherapie und weiteren therapeutischen Bemühungen und Kontrollen. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit habe gar nie erreicht werden können, da die linke Supraspinatussehne bereits am 31. Dezember 2018 weiteren Schaden genommen habe. Die genauen Umstände der am 31. Dezember 2018 erlittenen Kontusion seien ihm nicht bekannt. Für ihn als behandelnder Arzt sei die Weiterrupturierung der linken Supraspinatussehne klar eine Folge der am 10. Oktober (richtig: 8. September) 2018 anlässlich des Motorradsturzes erlittenen Schädigung. Der Patient habe vor der neuerlichen Kontusion auch erst eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht.

3.2.8 Betreffend das Ereignis vom 31. Dezember 2018 diagnostizierte Dr. med. C. _____ im Bericht vom 30. April 2019 (act. IIA M16) eine Schulterkontusion links sowie degenerative Veränderungen des linken Schultergelenkes mit u.a. Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne. Die degenerativen Veränderungen seien im Rahmen einer MRI-Untersuchung am 9. Oktober 2018 und damit vor dem Ereignis vom 31. Dezember 2018 gesichert worden. Das MRI vom 17. Januar 2019 habe hier zwar ein Fortschreiten der bekannten Veränderungen gezeigt, eine richtungsweisende Verschlimmerung könne dennoch nicht angenommen werden, da das Ereignis vom 31. Dezember 2018 biomechanisch die betroffenen Strukturen nicht habe erreichen können. Es habe sich dabei um eine direkte Kontusion gehandelt. Eine Woche nach dem Ereignis sei der Status quo sine erreicht gewesen. Die Behandlungsmassnahmen seien nicht unfallkausal.

3.2.9 Im Aktengutachten vom 1. Mai 2019 (act. II M14) führte der Vertrauensarzt Dr. med. C. _____ aus, es ergäben sich keine Hinweise, dass im Rahmen des Ereignisses vom 8. September 2018 die später festgestellten Veränderungen des linken Schultergelenkes verursacht worden seien. Es werde kein geeigneter Unfallhergang beschrieben, ebenso nicht der weitere Verlauf nach dem Unfallereignis. Ein Unfall, der eine Schädigung der Rotatorenmanschette verursachen könne, sei mit einer schweren Schädigung des linken Schultergelenkes verbunden, wie z.B. einer Luxation oder Subluxation. Solchermassen geartete Verletzungen führten zu so-

fortiger ärztlicher Behandlung aufgrund sofort einsetzender erheblicher Schmerzen sowie Funktionsverlust des Armes. Ein solcher Verlauf habe beim Versicherten weder initial noch im weiteren Verlauf vorgelegen. Der initiale klinische Befund, der am 11. September 2018 erhoben worden sei, könne den Verdacht einer traumatischen Zusammenhangstrennung der Rotatorenmanschette nicht erhärten, daher sei von Dr. med. E. _____ auch eine beidseits traumatische Periarthritis humeroscapularis mitgeteilt worden. Dies sei ein früher verwendeter Begriff für unklare Schmerzen des Schultergelenkes zunächst unklarer bzw. multifaktorieller Genese. Der Befund der MRT-Untersuchung beschreibe eine Unterflächenpartialruptur der Supraspinatussehne und eine diskrete Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne mit diskreter SLAP Typ II-Läsion. Bei der später durchgeführten Operation am 19. Februar 2019 habe singulär eine Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne gesichert und behandelt werden können. Eine Läsion der Subscapularissehne habe nicht vorgelegen und ebenfalls keine SLAP-Läsion. Die typische Begleitverletzung einer traumatischen Supraspinatussehnenruptur habe nicht gesichert werden können. Es handle sich somit um eine isolierte Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne ohne Hinweise für traumatische Veränderungen, ohne die zu fordernden und typischen Begleitverletzungen des Schultergelenkes. Der Status quo sine betreffend Ereignis vom 8. September 2018 sei spätestens am 9. Oktober 2018 und mit dem Ausschluss traumatischer Veränderungen per MRI anzunehmen.

3.2.10 Die Vertrauensärztin des zuständigen Krankentaggeldversicherers, Dr. med. G. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in der Beurteilung vom 11. Juni 2019 (act. IIA Korrespondenz pag. 17-18) aus, das Unfallereignis vom 8. September 2018 sei geeignet, eine strukturelle Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen. Die Partialruptur der Supraspinatussehne sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf dieses Ereignis zurückzuführen. Entsprechend liege eine richtungsgebende strukturelle Läsion vor. Der Vorzustand könne nicht mehr erreicht werden. Sie gehe mit Dr. med. C. _____ einig, dass das zweite Ereignis vom 31. Dezember 2018 nicht geeignet sei, eine strukturelle Verletzung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Studien zeigten jedoch, dass Partialrupturen die Tendenz hätten,

im Verlauf grösser zu werden. Die Ausdehnung der Supraspinatusruptur zeige entsprechend den natürlichen Verlauf dieser strukturellen Verletzung. Das Fehlen von eindeutigen traumatischen Befunden bei der Operation sei sechs Monate nach dem Ereignis zu erwarten und schliesse eine traumatische Genese nicht aus.

3.2.11 Im Bericht vom 31. Juli 2019 (act. II Korrespondenz pag. 75-77) hielt Dr. med. E. _____ fest, er teile die Beurteilung und Einschätzung von Dr. med. C. _____ nicht. Der Ausdruck „traumatische Periarthritis humero-scapularis“ sei sehr wohl noch ein gebräuchlicher Begriff. Keineswegs könne aus dem Gebrauch dieses Begriffes oder zum Beispiel traumatisches Supraspinatussyndrom anhand der klinischen Untersuchung auf das exakte Ausmass einer Sehnen- und Muskelverletzung geschlossen werden. Diese drei Begriffe würden in der medizinischen Alltagssprache gleichbedeutend gebraucht. Die Schlussbemerkungen des Vertrauensarztes seien unverständlich und mit dem verzögerten klinischen Verlauf nicht in Einklang zu bringen sei.

3.2.12 Dr. med. D. _____ führte im Bericht vom 22. August 2019 (act. IIA Korrespondenz pag. 81-82; Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7) aus, er erachte den Unfall vom August (richtig: September) als mögliche Ursache der partiellen Läsion, auf jeden Fall habe das erneute Ereignis vom 31. Dezember 2018 den Zustand nachweislich verschlechtert mit neu eben vollständigem Abriss der Supraspinatussehne. Dies sei auch der Grund für die im Februar 2019 durchgeführte Operation gewesen. Die Einwände des Gutachters seien seines Erachtens gesucht und im Widerspruch zu den mit MRT dokumentierten Veränderungen mit Zunahme der Sehnenläsion nach dem zweiten Traumaereignis. Der Verlauf zeige klar eine Zunahme der Läsion der Supraspinatussehne, die Vorbehalte wie z.B. dass keine Luxation oder Subluxation stattgefunden hätten und die Läsion der Supraspinatussehne deswegen nicht durch das Trauma verursacht sein könne, als auch die Behauptung, dass eine solche Verletzung zur sofortigen ärztlichen Behandlung führen sollte, seien nicht statthaft als Argument um eine Traumafolge auszuschliessen. Komplette irrliegender sei, dass der Gutachter versuche, die Diagnose eines PHS, welche durch den Hausarzt gestellt worden sei, als Argument anzuführen, dass es sich hierbei

nicht um ein Traumaereignis handeln könne. Der Gutachter Dr. C._____ führe solche Gutachten im Auftrag des „Swiss Medical Assessment- and Business-Center“ durch und sei laut seiner Internetrecherche in Krefeld in Deutschland tätig. Er wage zu bezweifeln, dass dieser über eine in der Schweiz gültige Berufsausübungsbewilligung verfüge und vermute, dass das Anfertigen von Gutachten seine hauptberufliche Tätigkeit sei. Die Neutralität, wie diese vom Gesetzgeber für ärztliche Gutachten gefordert werde, wäre somit nicht gegeben.

3.3 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 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 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. November 2019 (act. II Korrespondenz pag. 84-99; act. IIA Korrespondenz pag. 37-52) basiert auf dem vertrauensärztlichen Aktengutachten von Dr. med. C. _____ vom 1. Mai 2019 (act. II M14) sowie dessen Stellungnahme vom 30. April 2019 (act. IIA M16). Die beiden Beurteilungen erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Folglich kann darauf abgestellt werden. Der Facharzt hat sich einlässlich mit den klinisch und bildgebend festgestellten Befunden auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, dass bezüglich beider Unfallereignisse keine unfallbedingten strukturellen Läsionen festgestellt wurden, sondern vielmehr deutlich degenerative Veränderungen. Überzeugend verweist er auf die fehlenden typischen Begleitverletzungen des Schultergelenkes, welche bei einem traumatisch bedingten Riss der Supraspinatussehne zu erwarten wären. Der daraus gezogene Schluss, dass knapp einen Monat nach dem ersten Ereignis bzw. eine Woche nach dem zweiten Ereignis der Status quo sine erreicht war, überzeugt ebenfalls. Weil ihm die vollständigen Vorakten vorlagen und er sich anhand der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen konnte, ist nicht zu beanstanden, dass seine Schlussfolgerungen nicht auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers beruhen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies gilt umso mehr, als nach der arthroskopischen Naht der Supraspinatussehne (act. II M8.1) von einer klinischen Exploration ohnehin keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen wären.

Die abweichenden Berichte von Dr. med. D. _____ vom 22. August 2019 (act. IIA Korrespondenz pag. 81-82; act. I 7) und vom 11. Dezember 2019 (act. I 8), auf welche sich der Beschwerdeführer in seiner Argumentation bezieht, führen zu keinem anderen Ergebnis: Darin bezeichnet er den Unfall vom August (richtig: 8. September 2018) als mögliche Ursache der partiellen Läsion, auf jeden Fall habe das erneute Ereignis vom 31. De-

zember 2018 den Zustand nachweislich verschlechtert mit neu vollständigem Abriss der Supraspinatussehne (act. I 7 S. 1). Soweit Dr. med. D._____ damit sinngemäss geltend macht, das Unfallgeschehen vom September 2018 könne durchaus eine Teilruptur der Supraspinatussehne verursachen, hat er (einzig) die grundsätzliche Eignung des Unfallgeschehens für die hier infrage stehenden Beschwerden bejaht. Er benannte – was den hier zu beurteilenden, konkreten Fall betrifft – jedoch nicht einmal ansatzweise Befunde, die für eine unfallbedingte Schädigung der Supraspinatussehne sprächen. Auf die Argumentation des Vertrauensarztes, wonach der dargestellte Unfallmechanismus nicht geeignet sei, die in Frage stehende Schädigung der Supraspinatussehne zu verursachen, geht er nicht ein bzw. will diese mit dem Hinweis entkräften, dass sich Patienten oft nicht genau an den Unfallhergang erinnern können (act. I 8 S. 1). Unbehelflich ist diesbezüglich der Hinweis auf den Bericht von Dr. med. G._____ vom 11. Juni 2019 (act. II Korrespondenz pag. 17-18), welche zu einem ähnlichen Schluss komme (act. I 8 S. 1). Auch Dr. med. G._____ setzt sich mit der Argumentation des Vertrauensarztes Dr. med. C._____ nicht vertieft auseinander und hält den Motorradunfall lediglich als geeignet, eine strukturelle Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen. Bezüglich des zweiten Ereignisses vom 31. Dezember 2018 hält Dr. med. D._____ fest, der Patient habe nach diesem Ereignis den Arm schmerzbedingt nicht mehr heben können, die Kraft für die Elevation/Abduktion seien massiv vermindert gewesen, so dass für dieses zweite Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallfolge angenommen werden müsse (act. I 8 S. 2). Der Argumentation des Vertrauensarztes, wonach das gemeldete Unfallgeschehen mit Umkippen des Bürostuhl und Schulteranprall an der Wand (act. IIA Unfallmeldung unpaginiert) biomechanisch nicht geeignet war, einen Supraspinatussehnenriss zu verursachen, hält er einzig entgegen, im Vergleich zum vor dem Unfallereignis erstellten MRI mit Partialruptur habe sich danach ein kompletter Riss der Supraspinatussehne gezeigt. Der Vorzustand habe sich somit nachweislich verschlechtert. Damit beruft er sich – wie auch der Beschwerdeführer (Beschwerde S. 6) – auf die unzulässige Beweismaxime „post hoc ergo propter hoc“ (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2). Hinzu kommt, dass Dr. med. D._____ fälschlicherweise davon ausgeht, die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien direkt

im Anschluss an das Ereignis vom 31. Dezember 2018 aufgetreten. Vielmehr traten diese gemäss Aussage des Beschwerdeführers erst drei Tag später beim Arbeiten mit einer Bohrmaschine auf (act. IIA pag. 7 Ziff. 5). Insgesamt setzt sich Dr. med. D._____ mit den Überlegungen und Schlussfolgerungen des Vertrauensarztes nicht vertieft auseinander, sondern stellt diesen lediglich seine eigene Einschätzung gegenüber und begnügt sich damit, die Argumente des Vertrauensarztes als nicht statthaft und „irrlichternd“ zu bezeichnen. Nicht zielführend und zudem nicht den Tatsachen entsprechend ist schliesslich seine Aussage, wonach er zu bezweifeln wage, dass der Vertrauensarzt über eine in der Schweiz gültige Berufsausübungsbewilligung verfüge, womit die Neutralität nicht gegeben sei. Dr. med. C._____ verfügt seit 2016 über eine Berufsausübungsbewilligung in den Kantonen Bern und St. Gallen (vgl. <https://www.medregom.admin.ch>). Dem mit dem Fehlen der Berufsausübungsbewilligung begründeten Vorwurf der fehlenden Neutralität ist damit der Boden entzogen.

Damit vermag Dr. med. D._____ an der Einschätzung des Vertrauensarztes Dr. med. C._____ keine, auch nicht nur geringe, Zweifel zu wecken, zumal es sich bei ihm um den operierenden Arzt handelt, was den Beweiswert seiner Berichte zusätzlich schmälert. So darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.5 Der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe den Unfallhergang in Verletzung der in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Officialmaxime ungenügend abgeklärt, indem sie darauf verzichtet habe, in Bezug auf den Motorradunfall die Akten der zuständigen Motorfahrzeughaftpflichtversicherung zu edieren (Beschwerde S. 4 Art. 2), ist unbegründet. Es ist nicht ersichtlich, welche Erkenntnisse sich daraus hinsichtlich

des Unfallhergangs ergeben hätten; zumal sich darin, wie sich nunmehr zeigt (act. I 3), einzig Angaben zum Schaden am Motorrad des Beschwerdeführers finden. Dasselbe gilt für die als fehlend gerügten weiteren Abklärungen bezüglich Geschwindigkeit zum Unfallzeitpunkt, Motorradtyp, Verhalten des Beschwerdeführers bei der Kollision bzw. beim daran anschliessenden Sturz und getragener Motorradkleidung. Soweit der Beschwerdeführer diesbezüglich auf die einwirkenden physikalischen Kräfte verweist, ändert dies nichts am festgestellten objektivierten medizinischen Sachverhalt und am Fehlen von typischen Begleitverletzungen, was gemäss überzeugender Darlegung von Dr. med. C._____ gegen eine traumatisch bedingte Schädigung der Supraspinatussehne spricht (vgl. E. 3.4 hiervor). Auch hinsichtlich des Unfalls vom 31. Dezember 2018 liegt keine ungenügende Sachverhaltsabklärung durch die Beschwerdegegnerin vor. Vielmehr stellt der Beschwerdeführer bzw. sein Rechtsvertreter den Verfahrensablauf aktenwidrig dar, indem er ausführt, es sei notorisch, dass, wer auf einem Stuhl drohe umzufallen, sich dagegen wehre und dabei insbesondere die Arme nach vorne halte, um einen Sturz noch zu vermeiden. Trete der Sturz dann gleichwohl ein, erfolge eine Krafteinwirkung auf den ausgestreckten Arm, der sich in Sturzrichtung befinde (Beschwerde S. 5). Diese Beschreibung widerspricht der Darstellung des Beschwerdeführers vom 1. Mai 2019 (act. IIA Korrespondenz pag. 8), wonach er mit dem Bürostuhl nach hinten gerollt und umgefallen sei und dabei die linke Schulter an der Wand angeschlagen habe. Von einer ungenügenden Sachverhaltsabklärung kann damit keine Rede sein.

Schliesslich ergibt sich auch aus dem beschwerdeweise beigebrachten Fachartikel (Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, in Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum 2019;19[15-16]:260-267) nichts Gegenteiliges, da sich aus den darin enthaltenen theoretischen Darlegungen nichts für den konkret zu beurteilenden Fall ableiten lässt.

3.6 Im Ergebnis ist gestützt auf das Aktengutachten von Dr. med. C._____ vom 1. Mai 2019 (act. II M14) sowie dessen Stellungnahme vom 30. April 2019 (act. IIA M16) ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen vom 8. September 2018 bzw. vom 31. Dezember

2018 und den über den 9. Oktober 2018 bzw. 6. Januar 2019 hinaus geklagten Schulterbeschwerden links zu verneinen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich, weshalb dem Eventualantrag des Beschwerdeführers auf Einholung einer verwaltungsexternen medizinischen Expertise (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I/3) nicht zu entsprechen ist.

4.

Da nach dem hiavor Dargelegten nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt ist, dass die Teil- bzw. vollständige Ruptur der Supraspinatusehne nicht auf die beiden Ereignisse vom 8. September bzw. 31. Dezember 2018 zurückzuführen sind, sondern sich unabhängig davon entwickelt haben, ist damit gleichzeitig ebenfalls erstellt, dass diese gesundheitlichen Beschwerden vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin fällt dementsprechend auch in Anwendung von Art. 6 Abs. 2 lit. f. UVG (vgl. E. 2.3 hier vor) ausser Betracht.

5.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. November 2019 (act. II Korrespondenz pag. 84-99; act. IIA Korrespondenz pag. 37-52) ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

6.3 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Die Kosten eines von der versicherten Person selbst veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2017 UV Nr. 17 S. 60 E. 5).

Der vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht von Dr. med. D. _____ vom 11. Dezember 2019 (act. I 8) war im vorliegenden Verfahren für die Beurteilung nicht massgebend, womit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die diesbezüglichen Kosten nicht zu ersetzen hat.

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
 - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

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.