

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Juni 2026

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Nussbaumer

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. November 2025



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 20. August 2023 vom Motorrad stürzte und gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 22. August 2023 Schürfungen/Prellungen auf der rechten Körperseite erlitt (Akten der Suva [act. II] 1). Am 22. August 2023 konnte der Versicherte seine Tätigkeit als wieder vollständig aufnehmen (act. II 7). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und gewährte Heilbehandlung. Zur Prüfung ihrer weitergehenden Leistungspflicht (act. II 10, 17) tätigte sie medizinische Abklärungen und holte insbesondere eine Kurzbeurteilung von Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin Mitte, vom 5. Dezember 2024 ein (act. II 33). Mit formlosem Schreiben vom 9. Dezember 2024 (act. II 41) stellte die Suva die Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. August 2023 per 3. September 2024 ein. Damit war der Versicherte nicht einverstanden (act. II 45), woraufhin die Suva eine weitere Aktenbeurteilung von Dr. med. C._____ vom 9. April 2025 einholte (act. II 61) und mit Verfügung vom 29. April 2025 (act. II 72) an der Leistungseinstellung per 3. September 2024 festhielt und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte. Die dagegen vom Versicherten, mittlerweile vertreten durch Rechtsanwalt B._____, erhobene Einsprache (act. II 78, 88) wies die Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) mit Entscheid vom 3. November 2025 ab (act. II 101).

B.

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 5. Dezember 2025 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. November 2025 sei aufzuheben.

2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) für die Folgen des am 20. August 2023 erlittenen Unfalls, insbesondere über den 2. September 2024 hinausgehend, auszurichten.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit mit der Anordnung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, weitere Sachverhaltsabklärungen zu veranlassen, namentlich ein verwaltungsexternes medizinisches Gutachten unter Einbezug der Fachrichtungen Radiologie, Orthopädische Traumatologie sowie Chirurgie einzuholen, um gestützt darauf über die Leistungspflicht für die über den 2. September 2024 hinausgehenden Folgen zu entscheiden.
4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer die Kosten der Beurteilung von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in der Höhe von Fr. 300.-- zu bezahlen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 3. November 2025 (act. II 101). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 3. September 2024 hinaus und dabei insbesondere, ob die geklagten Beschwerden der rechten Schulter noch als kausal zum Ereignis vom 20. August 2023 zu qualifizieren sind.

Soweit der Beschwerdeführer die Übernahme der Kosten für die Beurteilung von Dr. med. D. _____ vom 18. Juli 2025 (act. II 87) beantragt, liegt dies ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes (BGE 144 I 11 E. 4.3 S. 14; 119 V 347 E. 1b S. 350; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_87/2024 vom 5. September 2024 E. 5.1), weshalb darauf nicht einzutreten ist.

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 Abs. 1 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). 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

2.2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 anderen Worten nicht wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 191).

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 (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 192, 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden deckt sich die natürliche weitgehend mit der adäquaten Unfallkausalität, die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220).

2.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (SVR 2023 UV Nr. 20 S. 64, 8C_410/2022 E. 4.2).

3.

3.1 Es ist zu Recht unbestritten, dass das Ereignis vom 20. August 2023 (act. II 1; Sturz vom Motorrad) die Anforderungen an den Unfallbegriff (vgl. E. 2.1 hiavor) erfüllt.

3.2 Zur umstrittenen Kausalität zwischen dem Unfall und den über den 3. September 2024 hinaus geklagten Schulterbeschwerden rechts lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht der E._____ AG vom 20. August 2023 über die notfallmässige Konsultation vom gleichen Tag (act. II 27) wurden als Diagnosen multiple Kontusionen und eine Platzwunde am rechten Ellenbogengelenk nach Mopedsturz (richtig: Motorradsturz) festgehalten. Der Beschwerdeführer habe beim Abbiegen ein Auto nicht gesehen. Er sei mit circa zehn km/h gefahren und durch das plötzliche Bremsmanöver auf die rechte Seite gestürzt, vor allem auf den Ellenbogen. Nun habe er Schmerzen am Ellenbogen rechts, der Schulter rechts sowie der rechten Thoraxhälfte. Er habe sich auch die Hüfte und die Knie angeschlagen, dies sei jedoch nicht so schlimm.

3.2.2 In den von Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, erstellten Einträgen in der Krankengeschichte vom 30. August 2023 bis zum 11. September 2024 (act. II 24) wurde ein Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur rechts festgehalten (Eintrag vom 30. August 2023) und nach Durchführung eines MRIs am 8. September 2023 eine konservative Therapie empfohlen (Eintrag vom 11. September 2023). Schliesslich erfolgte eine Überweisung zur Durchführung einer Infiltration (Eintrag vom 16. November 2023).

3.2.3 Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, hielt im Bericht vom 21. Januar 2024 (act. II 19/1 f.) als Diagnose residuelle, exklusiv bewegungsabhängige Schulterschmerzen rechts fest. Im Anschluss an die sonographisch gesteuerte Infiltration der Bursa subacromialis rechts vom 20. November 2023 sei es zu einer deutlichen Besserung der ventralen Schulterschmerzen gekommen. Es persistierten jedoch Schmerzen bei Aussenrotation und Extension des rechten Arms. In der klinischen Untersuchung könnten die Beschwerden nur schwierig reproduziert werden. Bei unklarerer ätiologischer Zuordnung erfolge deshalb eine Infiltration des Subacromialraumes von dorsolateral.

3.2.4 Im Bericht von Dr. med. D._____ vom 27. November 2024 (act. II 32/2 f.) wurden als Diagnosen eine Rupturprogression mit aktuell

transmuraler Läsion des Vorderrandes der Supraspinatussehne, eine Pulley-/SLAP-Läsion sowie eine ACG (Acromioclaviculargelenks)-Arthrose der rechten Schulter festgehalten. Eine wiederholte Infiltration oder Wiederaufnahme der Physiotherapie werde vom Beschwerdeführer nicht gewünscht. Angesichts des bisher therapierefraktären Verlaufes und der seit über einem Jahr bestehenden Symptomatik wäre ein operatives Vorgehen gerechtfertigt.

3.2.5 Der Suva-Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ führte in der Kurzbeurteilung vom 5. Dezember 2024 aus (act. II 33), das MRI vom 8. September 2023 (knapp drei Wochen post Trauma) zeige eine ausgeprägte AC-Arthrose mit subacromialer Impingementkonstellation (<6 mm) und Tendinopathien mehrerer Sehnen ohne Anzeichen frischer Verletzungen. Ein Knochenödem oder Weichteilschwellungen seien nicht erkennbar. Beim Ereignis vom 20. August 2023 habe sich der Beschwerdeführer mutmasslich eine Schulterprellung rechts zugezogen. Üblicherweise seien die Unfallfolgen nach einem Ereignis wie dem beschriebenen aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nach sechs bis acht Wochen abgeklungen und spielten danach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr.

3.2.6 Aus dem Bericht von Dr. med. D._____ vom 22. Januar 2025 (act. II 49/2 f.) geht hervor, der Beschwerdeführer wünsche bei insgesamt anhaltend symptomatischer Ruptur der Supraspinatussehne und SLAP-/Pulleyläsion der rechten Schulter nun ein aktives Vorgehen. Es werde demnach eine Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression, Tenodese der langen Bizepssehne und Refixation der Rotatorenmanschette besprochen.

Am 6. März 2025 wurde die Operation durchgeführt (act. II 92).

3.2.7 In der ärztlichen Beurteilung vom 9. April 2025 (act. II 61/3) stellte der Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ folgende Diagnosen:

- Schulterkontusion rechts mit/bei:
 - Anpralltrauma am 20. August 2023 mit Zerrung der axillären Gelenkkapsel
- Multiple Kontusionen bei Motorradsturz am 20. August 2023 mit/bei:

- Rechte Schulter, rechter Ellenbogen mit Platzwunde, rechter Hemithorax, Becken
- Transmurale Vorderrandläsion Supraspinatussehne rechte Schulter mit/ bei:
 - Vorbestehender AC-Arthrose, Tendinopathien der SSP (Supraspinatus)-, der SSC (Subscapularis)- und der LBS (langen Bizepssehne)
 - Status nach zweifacher diagnostisch-therapeutischer Infiltration 11/2023 und 1/2024
- Nikotinabusus

Zusammenfassend fehlten unmittelbar ereigniszeitnah die gemäss allgemeiner Lehrmeinung typischen klinischen Zeichen für einen erlittenen strukturellen Schaden. Kurze Zeit nach dem Unfall seien Aktivitäten mit Belastung der Schulter ausführbar gewesen und im unfallzeitnahen MRI seien keine Zeichen einer frischen strukturellen Läsion im Bereich des rechten Schultergelenkes sichtbar gewesen. Das Verlaufs-MRI und die Einschätzung des Spezialisten wiesen auf typische Veränderungen eines chronisch-degenerativen Prozesses hin und beim Beschwerdeführer seien Risikofaktoren für eine Sehnendegeneration bekannt. Daher könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Entstehung von strukturellen Läsionen durch das Unfallereignis vom 20. August 2023 geschlossen werden. Die Annahme einer Schulterprellung durch den Sturz vom 20. August 2023 mit daraus resultierenden zeitweisen Beschwerden sei unstrittig, die Sturzfolgen seien aber nach medizinischem Verständnis innerhalb von sechs bis acht Wochen abgeheilt. Dies entspreche auch dem hausärztlich festgehaltenen Verlauf, nach welchem im November 2023 nur noch residuelle Beschwerden beschrieben würden. Die danach bestehenden Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis vom 20. August 2023 zurückzuführen (act. II 61/7).

3.2.8 Dr. med. D._____ führte in der E-Mail vom 18. Juli 2025 (act. II 87) zu Händen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aus, der Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ habe darauf hingewiesen, die Supraspinatussehne werde unter anderem als "tendinopathisch" beschrieben und eine frische Läsion werde nicht festgestellt. Im Befund werde jedoch ein Teilriss (Oberflächenläsion) erwähnt und ein solcher sei auch ersichtlich. Zur Beurteilung, ob die Ruptur frisch sei oder nicht, verweise der Suva-Arzt auf ein Literaturbeispiel mit Darstellung einer komplet-

ten/transmuralen Ruptur, was im vorliegenden Fall so nicht angewendet werden könne. An dieser Stelle gelte es anzumerken, dass eine kürzlich veröffentlichte Arbeit habe nachweisen können, dass Teil- oder ganze Risse der posterosuperioren Rotatorenmanschette (Supra-/Infraspinatussehne) ohne fettige Infiltration der jeweiligen Muskulatur, von Radiologen und orthopädischen Chirurgen gleichermassen, nicht korrekt als chronisch oder akut beurteilt werden könnten. Somit sei auch die diesbezügliche Beurteilung des Suva-Arzt es mindestens in Frage zu stellen. Wie in einer Übersichtsarbeit von Swiss Orthopaedics festgehalten werde, könnten feststellbare degenerative Veränderungen der umliegenden Strukturen nicht als Argument für eine chronische Rotatorenmanschettenläsion verwendet werden. Die anhaltenden Beschwerden nach dem Sturzereignis sprächen für die initial traumatische bursaseitige Partialruptur der Supraspinatussehne (versicherungsjuristisch leider nicht relevant). Der Nikotinkonsum und die Infiltrationsbehandlung könnten durchaus eine Rupturprogression des bestehenden Teilrisses der Supraspinatussehne begünstigt haben, was die Ursache der Teilruptur nicht beeinflusse.

3.2.9 Der Suva-Arzt Dr. med. C. _____ nahm in der ärztlichen Beurteilung vom 21. Oktober 2025 (act. II 98) zu den von Dr. med. D. _____ im Einspracheverfahren vorgebrachten Argumenten (act. II 87) Stellung und führte zusammenfassend aus, es könne an seiner Beurteilung vom 9. April 2025 festgehalten werden.

3.3

3.3.1 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).

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).

3.3.2 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Die Kreisärzte wie auch die Fachärzte des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharzttitel (Urteil des BGer 8C_471/2024 vom 13. Februar 2025 E. 6.3.3). Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu, wobei diese neben überwachenden und korrigierenden auch beratende Funktionen umfasst (SVR 2009 UV Nr. 9 S. 35, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe

Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. November 2025 (act. II 101) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihres Versicherungsmediziners Dr. med. C._____ gestützt (act. II 33, 61, 98). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines versicherungsinternen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3.2 hiervor) und überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist.

Der Suva-Arzt Dr. med. C._____ setzte sich mit sämtlichen medizinischen Unterlagen, den klinischen und bildgebend festgestellten Befunden (MRI vom 8. September 2023 [act. II 2], MRI vom 27. November 2024 [act. II 51], Röntgenuntersuchung vom 20. August 2023 [act. II 57]), den intraoperativen Befunden (act. II 92) sowie mit dem Verlauf der Beschwerden auseinander. Er legte schlüssig sowie einleuchtend dar, dass das Ereignis vom 20. August 2023 zu keinen strukturellen Verletzungen der rech-

ten Schulter, sondern lediglich zu einer Kontusion mit vorübergehender Beschwerdesymptomatik geführt hat, sowie dass der Status quo sine spätestens zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung erreicht war. Die über diesen Zeitpunkt hinaus geklagten Beschwerden und der am 6. März 2025 (act. II 92) operativ behandelte Gesundheitsschaden an der rechten Schulter sind gestützt auf die nachvollziehbare Begründung des Suva-Arztes Dr. med. C._____ auf den unfallfremden, chronisch-degenerativ bedingten Vorzustand zurückzuführen. Mithin ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 20. August 2023 und den weiterbestehenden Beschwerden der rechten Schulter weggefallen ist. Der Versicherungsmediziner hat sich vertieft mit der im Einspracheverfahren aufgelegten Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. D._____ (act. II 87) auseinandergesetzt und schlüssig und einleuchtend sowie unter Hinweis auf die von ihm in seiner Beurteilung gewürdigten und abgebildeten MRI-Befunde dargelegt, weshalb dessen Einwänden nicht gefolgt werden kann (act. II 98/3 ff.). Dass im Rahmen der Aktenbeurteilung des Suva-Arztes Dr. med. C._____ keine Exploration des Beschwerdeführers durchgeführt wurde, schadet nicht, zumal es sich um eine Kausalitätsbeurteilung bei feststehendem Sachverhalt respektive lückenlosem Befund handelt (vgl. E. 3.3.2 hiavor).

Der Suva-Arzt Dr. med. C._____ stützte sich in seinen Beurteilungen (act. II 33, 61, 98) unter anderem auf den fachärztlich-radiologischen Befund von Dr. med. H._____, Fachärztin für Radiologie, vom 8. September 2023 (act. II 2) und würdigte jeden der darin beschriebenen Befunde (act. II 61/4 f.). Im erwähnten MRI war laut dem Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ unbestritten eine Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatussehne erkennbar, welche letztlich zur Operation vom 6. März 2025 (act. II 92) geführt hat. Er zeigte nachvollziehbar auf, dass einzig die Bezeichnung eines derartigen Defektes als Riss oder Läsion die Frage nach der Ursache desselbigen nicht beantwortet. Denn allein das Vorliegen einer Kontinuitätsunterbrechung bedeutet nicht automatisch, dass diese Läsion durch das Ereignis vom 20. August 2023 entstanden ist (act. II 98/4 ad 1). Die von der Radiologin Dr. med. H._____ beschriebenen Tendinopathien der Supraspinatus- und Subscapularissehne sind degenerative Veränderungen und im Bereich der Rotatorenmanschette finden sich

gemäss dem Suva-Arzt keine Hinweise für eine frische strukturelle Läsion (act. II 61/4 f. lit. e). Inwiefern der Versicherungsmediziner in seiner schlüssigen Beurteilung den "Teilriss der Supraspinatussehne" unerwähnt gelassen haben soll (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 3 Rz. 3.1), erschliesst sich mit Blick auf die soeben gemachten Ausführungen nicht. Weiter legte der Suva-Arzt Dr. med. C._____ ausführlich begründet und nachvollziehbar dar, er habe anhand von intratendinösen, auch von der Radiologin Dr. med. H._____ als tendinopathisch und damit degenerativ bedingt beschriebenen, Veränderungen der Supraspinatussehne im MRI vom 8. September 2023 (act. II 2) und nicht anhand umliegender Strukturen (in diesem Fall einer AC-Gelenksarthrose) auf eine degenerative Veränderung der Rotatorenmanschette geschlossen (act. II 98/5 ad 4), was überzeugt. So begründete der Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ ausführlich und "Schritt für Schritt" verständlich, weshalb die in diesem Zusammenhang vom behandelnden Arzt Dr. med. D._____ erwähnte Übersichtsarbeit von Swiss Orthopaedics kritisch zu sehen sei und nichts an seiner Beurteilung ändere (act. II 98/4 f. ad 3). Dem diesbezüglichen Vorbringen in der Beschwerde (S. 6 Art. 3 Rz. 3.2) ist damit nicht zu folgen.

Unter Berücksichtigung der Fachliteratur fehlen gemäss dem Suva-Arzt auch die typischen Zeichen einer traumatisch bedingten Läsion der Rotatorenmanschette wie ein Knochenmarksödem, ein Ödem am Sehnen-Muskel-Übergang, eine blutgefüllte Bursa subacromialis sowie ein welliger Sehnenverlauf im Läsionsbereich (act. II 61/5 lit. e). Damit setzte sich der behandelnde Arzt Dr. med. D._____ nicht auseinander, sondern brachte einzig vor, auf die vom Suva-Arzt herbeigezogene Literatur könne im vorliegenden Fall nicht abgestellt werden (act. II 87; vgl. dazu auch Beschwerde S. 7 Art. 3 Rz. 3.3). Die diesbezügliche Begründung des Versicherungsmediziners Dr. med. C._____ überzeugt (act. II 98/4 ad 2). Es leuchtet ein, dass Unterschiede zwischen transmuralen und partiellen Läsionen bestehen und sich diese bei der Retraktion und dem Kinking der Sehne ergeben. Laut dem Suva-Arzt verbleibt bei Partialläsionen die Sehne infolge der intakten Restanteile am originären Ort und es kann keine Verkürzung und kein Kinking auftreten. Hinsichtlich eines Ödems oder eines Hämatoms der Sehne – so der Suva-Arzt weiter – ist es jedoch nicht plausibel, warum bei einer Partialläsion der Rotatorenmanschette andere

pathophysiologische Mechanismen oder gewebespezifische Veränderungen auftreten als bei kompletten Läsionen. Die Zerreissung von Sehnenstrukturen wird unabhängig von Grösse und Ausdehnung des Risses zum Austritt von Blut oder Gewebeflüssigkeit mit entsprechendem Nachweis im MRI führen.

Der durch den behandelnden Arzt Dr. med. D._____ postulierte und beschwerdeweise vorgebrachte (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 3 Rz. 3) "Riss" der inferioren Gelenkkapsel wird gemäss dem Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ (act. II 98/6 ad 5) im fachärztlich-radiologischen Befund (act. II 2) mit folgenden Worten beschrieben: "Zerrung/Teilruptur der Gelenkkapsel im Recessus axillaris." Diese Begriffskombination weist mit dem Versicherungsmediziner jedoch lediglich auf die Möglichkeit im Rahmen einer Differenzialdiagnose hin und erfüllt damit nicht den versicherungsmedizinisch notwendigen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Der Befund lässt gemäss der Radiologin Dr. med. H._____ eben auch die Möglichkeit einer Zerrung ohne strukturelle Läsion zu. Darüber hinaus findet sich im Operationsbericht vom 6. März 2025 (act. II 92) die Aussage: "Unauffälliger inferiorer Gelenkrecessus." Im fachärztlich-radiologischen Befund des Verlaufs-MRI vom 27. November 2024 (act. II 51) findet sich ebenfalls keine Beschreibung einer Unfallfolge im Bereich des inferioren Gelenkrecessus. Auch der Suva-Arzt Dr. med. C._____ erkannte nach eigener Bildansicht keine narbigen Veränderungen oder sonstigen Konturunregelmässigkeiten der inferioren Gelenkkapsel. Eine strukturelle Läsion von Weichteilen bedingt laut dem Suva-Arzt aber eine entsprechende narbige Ausheilung, die sich entweder im MRI oder intraoperativ dargestellt hätte. Dies war jedoch nicht der Fall, sodass in Kenntnis der Differenzialdiagnose der Radiologin im Befund vom 8. September 2023 (act. II 2) gemäss dem Versicherungsmediziner eher eine Zerrung der inferioren Gelenkkapsel ohne strukturelle Läsion als eine Partialläsion mit zu erwartender narbiger Ausheilung vorgelegen hat, was überzeugt.

Der Suva-Arzt beleuchtete in seiner Beurteilung ferner den klinischen Verlauf nach dem Unfall, wobei er bezüglich des am 30. August 2023 durchgeführten Jobe-Tests offenbar davon ausging, es sei eine Abduktion bis 90 Grad statt bis 60 Grad befundet worden (act. II 24/3, 61/6; Beschwerde

S. 7 Art. 3 Rz. 3.5). Hierbei bezog sich der Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ wohl auf die subjektiv mögliche Bewegung bis 90 Grad (act. II 24/3) und nicht auf den Befund des Jobe-Tests. Selbst wenn dieses Begründungselement wegfielen, änderte dies jedoch nichts an den weiteren Elementen des klinischen Verlaufs, die laut dem Versicherungsmediziner gegen das Vorliegen eines strukturellen Schadens sprechen, namentlich an der initial fehlenden Pseudoparalyse sowie der drei Wochen nach dem Unfall anamnestisch intakten Fähigkeit, mit dem Motorrad zu fahren (act. II 61/6). Damit ändert sich an der Schlüssigkeit der Beurteilung des Suva-Arztes im Ergebnis nichts.

Bei der Abgrenzung zwischen einer traumatischen oder degenerativen Genese einer Rotatorenmanschettenruptur ist dem Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung zuzumessen, denn oftmals kann der genaue Unfallhergang auch nicht mehr rekonstruiert werden. Vielmehr sind die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte aus medizinischer Sicht zu diskutieren und ein Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (Urteil des BGer 8C_740/2020 vom 7. April 2021 E. 4.2). In diesem Sinne hat sich der Suva-Mediziner ausführlich, nachvollziehbar und schlüssig mit sämtlichen Aspekten des vorliegenden Falles auseinandergesetzt und die festgestellten medizinischen Befunde sowie Berichte gewürdigt, wobei er dem Unfallmechanismus weder in der Beurteilung vom 5. Dezember 2024 (act. II 33) noch in jener vom 9. April 2025 (act. II 61) massgebende Bedeutung zumass. Auf den Unfallmechanismus ging der Versicherungsmediziner Dr. med. C._____ erst aufgrund der Einsprache näher ein (act. II 98/6 f. ad 6). Weshalb die Annahmen des Suva-Arztes, die sich namentlich auf den echtzeitlichen Austrittsbericht der E._____ AG vom 20. August 2023 (act. II 27) stützten, nicht realistisch sein sollten (Beschwerde S. 7 Art. 3 Rz. 3.6), ist nicht erkennbar. So oder anders kommt dem Unfallmechanismus in den Beurteilungen des Versicherungsmediziners keine entscheidende Bedeutung zu, sondern dieser stellte lediglich ein Indiz dar, das gegen eine traumatische Ursache der Schulterbeschwerden spricht.

Soweit vorgebracht wird, die Beschwerden seien unmittelbar nach dem Ereignis aufgetreten (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 3 Rz. 2), ist darauf hinzu-

weisen, dass die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung nicht massgebend ist (BGE 149 V 218 E. 5.6 S. 223, 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154, 8C_672/2020 E. 4.2).

3.5 Zusammenfassend liegen keine Anhaltspunkte vor, die auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilungen des Versicherungsmediziners Dr. med. C._____ (act. II 33, 61, 98) zu begründen vermögen. Der Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt und es sind von weiteren Abklärungen keine neuen oder zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf weitere Beweiserhebungen (namentlich das beantragte versicherungsexterne Gutachten; vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 3 und S. 8 Art. 4) zu verzichten ist (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 262, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4). Mithin ist erstellt, dass das Ereignis vom 20. August 2023 zu einer Kontusion, jedoch zu keinen strukturellen Läsionen der rechten Schulter geführt hat und die Unfallfolgen innerhalb von sechs bis acht Wochen abgeheilt waren, womit der Status quo sine vel ante spätestens per 3. September 2024 erreicht war und die weiterhin geklagten und operativ behandelten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal sind, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Leistungspflicht über dieses Datum hinaus vereinte.

3.6 Aufgrund des Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. November 2025 (act. II 101) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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