

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/71 vom 3. Mai 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-05-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2017\\_71](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_71)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/71 du 3 mai 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/71 del 3 maggio 2019

## **Regeste**

Art. 43 ATSG; Art. 6 UVG: Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen. Der Untersuchungsgrundsatz wurde damit von der Beschwerdegegnerin nicht zu Ende geführt. Rückweisung zur Einholung einer nicht vorbefassten Begutachtung betreffend Dahinfallen einer (Teil-)Kausalität von Bikeunfällen für eine nach der Leistungseinstellung operativ behandelten Schulterproblematik (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Mai 2019, UV 2017/71).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht bezüglich der Bikeunfälle vom 17. April und 23. September 2016 und erbrachte Leistungen für Heilbehandlungen (nach beiden Unfällen bestand keine Arbeitsunfähigkeit und damit auch kein Taggeldanspruch). Bezüglich des Unfalls vom 17. April 2016 erfolgte am 2. September 2016 der Behandlungsabschluss durch Dr. F.\_\_\_\_ (Suva-act. II/10). Eine entsprechende Leistungseinstellungsverfügung (vgl. Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) ist jedoch von Seiten der Beschwerdegegnerin nicht ergangen. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 2. August 2017 (Suva-act. II/42, III/31), welchem die Verfügung vom 24. Januar 2017 (Suva-act. II/28, III/20) zu Grunde liegt. In der Verfügung - wie auch im angefochtene Einspracheentscheid - befasst sich die Beschwerdegegnerin mit Leistungsansprüchen des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit beiden obgenannten Unfällen und stellt nun die Versicherungsleistungen für beide Unfälle per 27. November 2016 formell richtig mit einer Verfügung ein. Streitig und zu prüfen ist mithin im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Unfälle vom 17. April und 23. September 2016 zu Recht die Versicherungsleistungen per vorgenanntem Leistungseinstellungsdatum und damit vor der Hospitalisation in der Klinik I.\_\_\_\_ ab 28. November 2016 bzw. vor dem am 29. November 2016 durch Dr. H.\_\_\_\_ vorgenommenen arthroskopischen Eingriff eingestellt hat. Die Beschwerdegegnerin wäre für eine operative Behandlung und sodann bis zur Heilung der unmittelbaren Operationsfolgen (Wundheilung, postoperative Schmerzphase, Einnahme von Medikamenten, Schonungsphase mit möglicher Arbeitsunfähigkeit usw.) leistungspflichtig, sofern die operative Behandlung einem unfallkausalen Gesundheitsschaden gegolten hätte. Während eine entsprechende Unfallkausalität von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen von med. pract. J.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2016 und 19. Juli 2017 (II/21, II/40) und von Dr. K.\_\_\_\_ vom 13. November 2017 und 5. März 2018 (Suva-act. III/34, act. G 14.1) verneint wird, vertritt der Rechtsvertreter

des Beschwerdeführers unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2018 (act. G 10.1) den gegenteiligen Standpunkt.

## **E. 2**

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem zwei Ereignisse aus dem Jahr 2016 zur Diskussion stehen, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

## **E. 3**

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). 3.2 Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden hat in der Regel als gegeben zu gelten, wenn sich mittels apparativer Untersuchungsmethoden (wie Röntgen, Sonographie, Computertomogramm, Kernspintomographie, Arthroskopie) ein unfallkausaler organischer Befund im Sinn eines strukturellen Gesundheitsschadens erheben lässt (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). 3.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst dann, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder

überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2007, U 290/06). Von einer richtunggebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung nur dann, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54).

3.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, demzufolge die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität der Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C\_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Die Beweislast liegt jedoch nur bezüglich derjenigen Verletzungen beim Unfallversicherer, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C\_363/2009, E. 1; Urteil des EVG vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.).

3.5 Am 28. April 2016 meldete der Arbeitgeber des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin den Bikeunfall vom 17. April 2016 mit Sturz auf die rechte Schulter, wobei er als Schädigung einen Riss rechts vermerkte und als erstbehandelnden Arzt Dr. C.\_\_\_\_ nannte (Suva-act. II/1). Mit Schreiben vom 4. und 10. Mai 2016 erteilte die Beschwerdegegnerin Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ Kostengutsprache für die ärztlichen Behandlungen (Suva-act. II/2 f.). In diesem Zeitpunkt hatte die Beschwerdegegnerin offensichtlich noch keine Kenntnis von radiologischen Untersuchungsergebnissen der rechten Schulter, insbesondere nicht von den Ergebnissen der im Röntgeninstitut D.\_\_\_\_ am 3. Mai 2016 durchgeführten Sonographie (Suva-act. II/13) und der in der Radiologie G.\_\_\_\_ am 26. Mai 2016 vorgenommenen MRI-Untersuchung (Suva-act. II/5). Nachdem sonographisch nur eine Partialruptur der Supraspinatussehne vermutet und die Subskapularissehne als normal bzw. höchstens leicht signalgestört beurteilt worden waren, brachte die MRI-Untersuchung Partialrupturen der Supraspinatus- sowie der Subscapularissehne und damit unstreitig strukturelle Gesundheitsschäden zur Darstellung. Eine entsprechende Diagnose (Partiälläsion der Supraspinatus- und Subscapularissehne rechts) stellte Dr. F.\_\_\_\_ sodann im Sprechstundenbericht vom 31. Mai 2016 (Suva-act. II/4). Damit ist offensichtlich, dass die Anerkennung der Leistungspflicht mit den Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 4. und 10. Mai 2016 - trotz Angabe eines Risses in Bezug auf die rechte Schulter in der Unfallmeldung - die Rotatorenmanschettenläsionen nicht umfasste. Die Zusicherung von Versicherungsleistungen basierte auf der in der Bagatellunfall-Meldung UVG vom 28.

April 2016 angegebenen Unfallbeschreibung - beim Biken auf einer Wurzel mit dem Vorderrad weggerutscht und auf die rechte Schulter gestürzt (Suva-act. II/1). Die Beschwerdegegnerin ging damit verständlicherweise nur von einer Schulterprellung aus, bei der es sich - sofern sie nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist - (nur) um eine Weichteilverletzung handelt. Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass eine solche Verletzung innert kurzer Zeit folgenlos ausheilt und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 412). Die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob es sich bei den Partialrupturen im Bereich der Rotatorenmanschette um solche beim Unfall vom 17. April 2016 erlittene Verletzungen gehandelt hat, liegt somit beim Beschwerdeführer (vgl. Erwägung 3.5.1). Nicht anders verhält es sich in Bezug auf die in Folge zweiten Bikeunfalls des Beschwerdeführers vom 23. September 2016 (Suva-act. III/1) im MRI der Radiologie G.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2016 zur Darstellung gelangten kompletten Ruptur der Subscapularissehne (Suva-act. III/7). Am 7. November 2016 reichte die Klinik I.\_\_\_\_ ein Kostengutsprachege such für einen arthroskopischen Eingriff der rechten Schulter und einen stationären Aufenthalt ab 28. November 2016 bei der Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur der Schulter rechts ein (Suva-act. III/3). Die Beschwerdegegnerin reagierte daraufhin umgehend mit einem Schreiben vom 18. November 2016 an Dr. H.\_\_\_\_, worin sie ihn für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers (Heilkosten- und Taggeldleistungen /Rentenleistungen) um Zustellung eines Berichts ersuchte (Suva-act. III/5). Am 8. Dezember 2016 unterzog sie den Beschwerdeführer ausserdem einer ausführlichen Befragung (Suva-act. III/12) und legte den Schadenfall am 13. Dezember 2016 ihrer Kreisärztin med. pract. J.\_\_\_\_ vor.

#### **E. 4**

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss, zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die Beurteilungen der Suva-Kreisärzte bzw. Kreisärztinnen und der Ärzte bzw. Ärztinnen der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen

Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind Anhaltspunkte, welche die medizinischen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen, zu beachten, auch wenn sie von behandelnden Ärztinnen oder Ärzten stammen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_907/2009, E. 1.1). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. PVG 1996 Nr. 89 265 E. 3b; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilungen von med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ (vgl. Erwägung 1). Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung zu prüfen.

## **E. 5**

In Bezug auf die Rotatorenmanschette und insbesondere deren Supraspinatus- und Subscapularissehne gilt es zu beachten, dass diese zur Degeneration neigen. Allerdings kann die Rotatorenmanschette auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 628, 724 f., 728 ff.; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1576, 1646). Im Folgenden ist zu prüfen, ob es sich vorliegend bei der Rotatorenmanschettenläsion bzw. der Partialruptur der Supraspinatussehne und der kompletten Ruptur der Subscapularissehne mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit um eine direkte Unfallverletzung oder um eine degenerative Gesundheitsschädigung gehandelt hat. Dr. H.\_\_\_\_ geht in seiner Stellungnahme vom 4. Januar 2018 von einer "zweizeitigen" unfallbedingten Rotatorenmanschettenruptur aus. Durch den ersten Sturz vom 17. April 2016 sei es zu einer Partialruptur der Supraspinatussehne und einer Partialruptur der Subscapularissehne gekommen; der zweite Sturz vom 23. September 2016 habe zu einer kompletten Subscapularissehnenruptur geführt (act. G 10.1). Demgegenüber definieren med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ die Partialrupturen sowie die sich zwischen den beiden Unfällen zeigende richtunggebende Strukturveränderung als langsames Fortschreiten der Degeneration auf dem Boden eines langjährig bekannten Verschleisszustandes (Suva-act. II/21, II/40, Suva-act. III/34, act. G 14.1). Med. pract. J.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_ sowie Dr. H.\_\_\_\_ nehmen in ihren Beurteilungen zu teilweise übereinstimmenden, im Zusammenhang mit der Kausalität der Schulterproblematik rechts bedeutsamen Beurteilungskomponenten Stellung, bewerten sie allerdings unterschiedlich.

## **E. 6**

Die Ärzte nehmen zunächst Bezug auf den Unfallmechanismus bzw. auf die bei den Stürzen vom 17. April und 23. September 2016 entstandenen Krafteinwirkungen auf die rechte Schulter. 6.1 Hierzu ist im Sinn einer allgemeinen Vorbemerkung zu sagen, dass nicht jeder Unfall bzw. Unfallmechanismus zu einer Verletzung oder zumindest nicht zu einer derart körperlich gravierenden strukturellen Verletzung führt, dass anhaltende Beschwerden auftreten oder eine operative Behandlung notwendig wird. Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in den medizinischen Fachartikeln konkrete

Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv forcierter Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, z.B. bei einem Sturz vom Gerüst nach vorn mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten abzufangen. Die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt also dann, wenn durch indirekte Gewalteinwirkung bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird, selten jedoch durch ein direktes Anpralltrauma, worauf auch med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ hinweisen (Suva-act. II/21, S. 4; Suva-act. III/34, S. 16; vgl. zum Gesagten [http://www.gaertner-servatius.de/krankheiten/-rotatorenmanschettenruptur\\_leitlinien.pdf](http://www.gaertner-servatius.de/krankheiten/-rotatorenmanschettenruptur_leitlinien.pdf), abgerufen am 3. April 2019). Allgemeiner, aber dennoch mit dem letzten für eine traumatische Sehnenruptur geeigneten Verletzungsmechanismus übereinstimmend formuliert, findet sich in der medizinischen Literatur ein abruptes Abstützen bei einem Sturz auf den ausgestreckten Arm oder Ellbogen (<https://gelenklinik.de/orthopaedische-erkrankung/schulter/ruptur-rotatorenmanschette.html>; <http://orthopaedie-unfallchirurgie.universimed.com/artikel/die-rotatorenmanschettenruptur-verletzung>; <http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingement>; <http://www.orthozentrum.ch/de/Schulter-Ellbogen-Hand/Rotatorenmanschettenruptur-und-Impingementsyndrom>), alle abgerufen am 3. April 2019). Dieser Mechanismus entspricht dem von med. pract. J.\_\_\_\_ unter Hinweis auf die medizinische Literatur genannten Recoil-Mechanismus bzw. abgefederten Rückschlag (Suva-act. II/21-4, S. 4, II/40-4).

6.2 Der Beschwerdeführer schilderte unbestrittenermassen sowohl den Sturz vom 17. April 2016 als auch denjenigen vom 23. September 2016 als Abstütztraumatisierung, d.h. als Recoil-Mechanismus. So erzählte er der Beschwerdegegnerin am 8. Dezember 2016, er sei am 17. April 2016 mit dem Bike im Wald unterwegs gewesen. Bei einer leichten Abfahrt sei ihm das Vorderrad über einer Wurzel weggerutscht und er sei vorne über den Lenker auf den Waldboden gestürzt. Soweit er sich erinnern könne, habe er die Arme ausgestreckt gehabt und sei zuerst mit der rechten Hand am Boden aufgekommen, worauf es einen Rückschlag auf die rechte Schulter gegeben und er sofort einen Schmerz verspürt habe. Am 23. September 2016 sei er ebenfalls mit dem Bike im Wald abwärtsgefahren. Er sei bewusst langsamer gefahren und habe aufgepasst. Er sei über eine 30 cm hohe Schwelle gefahren an deren Ende plötzlich das Vorderrad im Waldboden eingesackt sei und sich das Rad gedreht habe. Er sei vorne über den Lenker auf den Boden gestürzt. Reflexartig habe er sich mit beiden Händen am Boden aufgestützt. Die Arme habe er gestreckt gehabt. Erneut habe er einen starken Schmerz in der rechten Schulter verspürt (Suva-act. II/27, III/12).

6.3 Gemäss med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ kann eine Rotatorenmanschettenläsion nicht durch einen Recoil-Mechanismus verursacht werden. Laut Dr. K.\_\_\_\_ sind zur traumatischen Ruptur nur Zugbelastungen geeignet, wobei er unter Hinweis auf einschlägige Literatur erklärt, weshalb es bei einem Sturz auf den nach vorne ausgestreckten Arm nicht zu einer solchen komme. Insbesondere durch die Überdachung der Sehnen durch das Schulterdach

(Acromion) könne keine Zugbelastung stattfinden. Zudem seien direkte Mechanismen der Schädigung wie "Stauchung" oder "Quetschung" der Sehne unter dem Schulterdach nicht möglich, da dieses dem vorgenannten Schadensmechanismus ausweiche (Suva-act. III/34-16). Weiter fügte er an, dass ein Sturz nach vorne einen Schlag in der Schulter verursache, was zu einer - konkret nicht vorliegenden - SLAP-Läsion führe. Den Ausführungen von med. pract. J. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_ steht die Auffassung von Dr. H. \_\_\_ entgegen, dass es bei einem Sturz mit Abstützen mit der Hand zur Vermeidung eines harten Aufschlags auf dem Boden unweigerlich zu einer starken Zugbelastung komme (act. G 10.1). Immerhin fällt auf, dass med. pract. J. \_\_\_ den mit MRI-Untersuchungsbericht vom 24. Oktober 2016 (Suva-act. II/15) und Operationsbericht vom 29. November 2016 (Suva-act. II/17) erhobenen Bursitisbefund als Bestätigung dafür betrachtet, dass ein Recoil-Mechanismus stattgefunden hat (Suva-act. II/40-4). Angesichts des Operationsberichts stellt sich sodann die Frage, ob - wie von Dr. K. \_\_\_ angenommen - eine SLAP-Läsion im konkreten Fall tatsächlich ausgeschlossen werden kann. So wurde beispielsweise in der Operation der Sulcus intertubercularis angefrischt, ein Quattro-X-Anker angebracht und die lange Bizepssehne tenodesiert (Suva-act. II/17). Aus Sicht eines medizinischen Laien kann insgesamt nicht beurteilt werden, ob es nun im Rahmen des in Bezug auf die Unfälle vom 17. April und 23. September 2016 erstellten und an sich unstrittigen Unfallmechanismus zu einer Zugbelastung gekommen ist oder nicht bzw. ob durch den beschriebenen Unfallmechanismus eine Rotatorenmanschettenläsion verursacht werden konnte. Der Hinweis von Dr. K. \_\_\_, Dr. H. \_\_\_ verweise auf eine Publikation, welche sich mit jungen Patienten beschäftige, während der Beschwerdeführer 55 Jahre alt sei (act. G 14.1), vermag jedenfalls insofern nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für die Beurteilung von Dr. K. \_\_\_ zu sprechen, als er unbegründet lässt, inwiefern Unfallmechanismus und Alter miteinander in Verbindung stehen. Wie gesagt, ergibt sich ausserdem aus der Literatur nicht einheitlich, dass eine axiale Stauchung keine Schädigung der Rotatorenmanschette bewirken kann.

## **E. 7**

Med. pract. J. \_\_\_ sieht sodann eine traumatische Ursächlichkeit der rechtsseitigen Schulterverletzungen deshalb nicht als überwiegend wahrscheinlich erwiesen an, weil sich bereits im Jahr 2014, d.h. vor den Unfällen vom 17. April und 23. September 2016, deutliche Veränderungen der Rotatorenmanschette bzw. eine Mehrsehnendegeneration im Ultraschall gezeigt hätten (Suva-act. II/21). 7.1 Ist im Bereich der Rotatorenmanschette ein bestimmter struktureller Vorzustand ausgewiesen und zeigt sie sich nach einem Unfall unverändert ohne neuen strukturellen Gesundheitsschaden, fällt eine direkte Unfallverletzung nachvollziehbarerweise ausser Betracht. Rückschlüsse zu Vorzuständen oder eben traumatischen Verletzungen lassen sich aus dem Vergleich prätraumatischer und posttraumatischer radiologischer Untersuchungsergebnisse ziehen. Aktenkundig ist ein sonographisches Untersuchungsergebnis des rechten Schultergelenks des Beschwerdeführers vom 5. November 2014, wonach der untersuchende Radiologe der D. \_\_\_ gestützt auf die erhobenen Befunde den Verdacht auf eine höhergradige Partialruptur der Supraspinatussehne gestellt hatte. Hinsichtlich der Subscapularissehne hatte er zwar Signalstörungen im obersten Drittel erhoben, in der Beurteilung hatte er zur Subscapularissehne allerdings nichts ausgesagt (Suva-act. I/8). Im Untersuchungsbericht vom 3. Mai 2016 über die nach dem Unfall vom 17. April 2016 in der D. \_\_\_ durchgeführte Sonographie des rechten Schultergelenks wurde abermals ein Verdacht auf eine Supraspinatussehnenruptur festgehalten und die Subscapularissehne als normal bezeichnet.

Zur Bestimmung des Ausmasses der Suprapinatussehnenläsion wurde eine kernspintomographische Weiterabklärung empfohlen (Suva-act. II/13). Im MRI der Radiologie G.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2016 bestätigte sich sodann in der rechten Schulter eine Partialruptur der Supraspinatussehne. Ausserdem zeigte sich eine Partialruptur der Subscapularissehne (Suva-act. II/5). Das bestätigende und gleichzeitig erweiterte Untersuchungsergebnis begründete med. pract. J.\_\_\_\_ mit der eher schlechteren Detektion der Ultraschall- gegenüber der MRI-Untersuchung (Suva-act. II/21-5). Auch Dr. H.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass Ultraschalluntersuchungen sehr stark untersucherabhängig seien und häufig nicht als objektive Befunde verwertet werden könnten. Das MRI vom 26. Mai 2016 dürfe hingegen als objektiver Befund gewertet werden (act. G 10.1). In dem nach dem Unfall vom 23. September 2016 in der Radiologie Nordost am 24. Oktober 2016 durchgeführten Verlaufs-MRI (Suva-act. II/15) fand sich weiterhin die Partialruptur der Supraspinatussehne und nun eine Subscapularissehne mit komplett durchgehender Ruptur.

7.2 Während sich laut med. pract. J.\_\_\_\_ (Suva-act. II/21-5) angesichts der in Erwägung 7.1 dargelegten radiologischen Aktenlage insgesamt eine unfallunabhängige Mehrsehnenenerkrankung im Bereich der rechten Schulter (vorbestehend oder als langsam fortschreitender Degenerationsprozess auf dem Boden des langjährig bekannten Verschleisszustandes) zeigt und auch die komplett durchgehende Ruptur im Bereich der Subscapularissehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht einem Trauma anzulasten ist, weist Dr. H.\_\_\_\_ die Vermutung einer unfallunabhängigen Mehrsehnenenerkrankung klar zurück und geht - wie bereits erwähnt - von einer durch zwei Unfälle, die sich zeitlich versetzt ereignet haben, verursachten Schädigung aus (act. G 10.1).

### **E. 7.3**

7.3.1 Der Verdacht auf eine Läsion wird in der Regel unter Betrachtung eines bestimmten Sachverhalts erhoben. Ein Verdacht ist aber kein Nachweis. Bezüglich der Supraspinatussehne wurde bis zur kernspintomographischen Objektivierung der Partialruptur am 26. Mai 2016 (Suva-act. II/5) zweimal sonographisch nur der Verdacht auf eine solche gestellt (Suva-act. I/9, II/13). Angesichts der von med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ angesprochenen schlechteren Detektion der Sonographie leuchtet eine solche Sachverhaltsentwicklung damit ein und lässt von einem Vorzustand ausgehen. Anders stellt sich hingegen die Sach- bzw. Ausgangslage in Bezug auf die Subscapularissehne dar. Hier wurde im sonographischen Untersuchungsbericht vom 5. November 2014 kein Verdachtsbefund erhoben. Auch der damals behandelnde Arzt Dr. E.\_\_\_\_ stellte trotz der am 5. November 2014 erhobenen Signalstörungen im obersten Drittel (Suva-act. I/8) im Untersuchungsbericht vom 1. Dezember 2014 keine Verdachtsdiagnose, sondern erhob eine chronifizierte Bursitis subacromialis nach initialer Überlastung rechts. Nach einer subacromialen Infiltration konnte eine Beschwerdefreiheit erzielt und der Fall durch Dr. E.\_\_\_\_ im Dezember 2014 abgeschlossen werden (Suva-act. I/13). Die Beschwerdegegnerin erbrachte für diese Gesundheitsstörung mangels Vorliegens eines Unfallereignisses und einer unfallähnlichen Körperschädigung keine Versicherungsleistungen (Suva-act. I/14). Hierauf blieb der Beschwerdeführer laut Aussage vom 8. Dezember 2016 gegenüber der Beschwerdegegnerin bis zum Unfall vom 17. April 2016, also während rund eineindrittel Jahren, beschwerdefrei, ging regelmässig ins Fitness und oft biken (Suva-act. III/12). Bis zum Unfall vom 17. April 2016 ist auch keine Brückensymptomatik im Sinne weiterer ärztlicher Behandlungen und/oder einer Arbeitsunfähigkeit aktenkundig, was ebenfalls für eine abgeheilte Überlastungsproblematik der rechten Schulter spricht. In der nach dem Unfall vom 17. April 2016 durchgeführten MRI-Untersuchung vom 26. Mai 2016

(Suva-act. II/5) zeigte sich sodann eine Partialruptur der Subscapularissehne. Diese war zwar am 3. Mai 2016 sonographisch noch als normal beurteilt worden (Suva-act. II/13), was jedoch - im Sinn des Vorbehalts von med. pract. J.\_\_\_\_ - ebenfalls der schlechteren Detektion der Sonographie zugeschrieben werden kann. Angesichts des Gesagten lässt sich mithin bezüglich der Subscapularissehne nicht ohne Weiteres von einem Vorzustand ausgehen. 7.3.2 Nach dem zweiten Bikeunfall vom 23. September 2016 zeigte die Supraspinatussehne im MRI vom 24. Oktober 2016 immer noch - wenn auch bei einer leicht progredienten Insertionstendinopathie – lediglich eine Partialruptur. Dagegen kam nun im Bereich der Subscapularissehne eine komplette Ruptur zur Darstellung (Suva-act. II/15). Zwischen den beiden Bikeunfällen vergingen lediglich fünf Monate. Selbst wenn die nach dem Bikeunfall vom 17. April 2016 objektivierte Partialruptur der Subscapularissehne vorbestehend gewesen sein sollte, erscheint angesichts dieses kurzen Zeitraums eine traumatische richtungsweisende Verschlimmerung eines Vorzustandes (vgl. Erwägung 3.3) durch den Unfall vom 23. September 2016 im Sinne eines Übergangs eines Teilrisses in einen Vollriss zumindest nicht weniger wahrscheinlich als ein kontinuierliches Fortschreiten der Degeneration. Immerhin erlitt der Beschwerdeführer am 23. September 2016 einen Unfall, bei dem eine Beteiligung der Schulter nicht überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann (vgl. Erwägung 6). Damit wäre zumindest der zentrale Ausgangspunkt für eine richtungsweisende Verschlimmerung eines Vorzustandes gegeben. Gegen eine rein unfallunabhängige Mehrsehnendegeneration spricht sodann die dargelegte (Erwägung 7.3.1) unterschiedliche Ausgangslage bei der Supraspinatus- und der Subscapularissehne. Zusammengefasst bleibt mithin ungeklärt, ob die Bikeunfälle unabhängig von einem Vorzustand der Supraspinatussehne nicht eine traumatische Läsion der Subscapularissehne oder zumindest eine richtungsweisende Verschlimmerung eines Vorzustandes bewirkt haben. 7.4 Dr. K.\_\_\_\_ weist sodann auf den bereits vor den Unfällen beim Beschwerdeführer erhobenen Faktor eines Acromiontyps II nach Bigliani (Suva-act. I/13) sowie verschiedene weitere, im MRI vom 24. Oktober 2016 radiologisch erhobene Veränderungen im Bereich des rechten Schultergelenks hin (Arthrose, Osteophyt, beginnende myxoide Degeneration am muskulotendinösen Übergang, Pulleyläsion bzw. Teilruptur der Bicepssehne [im MRI vom 26. Mai 2016 noch als intakt beschrieben]), welche klassische Zeichen einer Sehnendegeneration bei bildgebend zunehmendem Impingement seien (Suva-act. III/34-20 f.). Die ungeklärten Fragen in Erwägung 6 und 7.1 ff. betreffend Unfallmechanismus und prätraumatischen Gesundheitszustand lassen sich damit nicht auflösen. Immerhin handelt es sich bei den von Dr. K.\_\_\_\_ angeführten Befunden - abgesehen vom Acromiontyp II nach Bigliani und der leichten bis mässigen Arthrose - um degenerative Zustände, welche erstmals nach dem zweiten Bikeunfall erhoben worden sind. Indem sie zeitlich den Unfällen nachfolgten, erscheint ihre Bedeutung im Zusammenhang mit einem - wie von med. pract. J.\_\_\_\_ angenommenen - langsamen Fortschreiten der Degeneration auf dem Boden eines langjährig bekannten Verschleisszustands (Suva-act. II/21-5) - weniger augenscheinlich als im Falle des Vorliegens eines komplexen degenerativen Vorzustandes. 7.5 Dr. K.\_\_\_\_ erstaunte weiter die im MRI vom 24. Oktober 2016 erhobene Retraktion der Subscapularissehne von 2 cm (Suva-act. II/15) und in der Arthroskopie vom 29. November 2016 von 1.5 cm (Suva-act. III/9). Man sei versucht, für diese Retraktionsdistanz von doch 2 cm eine längere Zeitspanne zu postulieren, d.h. irgendwann zwischen dem ersten MRI vom 26. Mai 2016 und dem zweiten vom 24. Oktober 2016, was durchaus asymptomatisch erfolgen könne, ohne dass ein neuer Unfall dazugekommen sein müsse (Suva-act. III/34-20). Seine

Formulierungen ("ist versucht", "irgendwann zwischen", "erfolgen kann") erscheinen indessen vage und seine Schlussfolgerung orientiert sich offensichtlich an allgemeinen Überlegungen. Ihnen ist jedoch der konkrete Fall des Beschwerdeführers mit zwei Stürzen mit dem Bike entgegen zu halten, aufgrund derer eine (teilkausale) traumatische Rotatorenmanschettenläsion nicht überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann (vgl. Erwägung 6).

7.6 Dr. K.\_\_\_\_ stellt zwar zutreffend fest, dass in der Bildgebung vom 24. Oktober 2016 (Suva-act. II/15) ein Knochenmarködem (Bone bruise) fehle, welches für ihn auf ein akutes Geschehen hingewiesen hätte (Suva-act. III/34-20). Inwiefern ein Bone bruise bzw. eine Knochenverletzung eine bedeutsame Begleitverletzung einer Rotatorenmanschettenruptur, d.h. einer Sehnenverletzung, sein soll, ist jedoch ohne weitere Erklärungen nicht nachvollziehbar. Dies zumal das typische traumatische Ereignis für eine Rotatorenmanschettenläsion nicht eine Knochenprellung ist. Die Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ betreffend Resorption eines Bone bruise sind damit zwar nicht in Abrede zu stellen, vermögen aber die vorgenannte Frage nicht zu beantworten. Auch das Fehlen eines Knochenödems vermag damit als Begründung für eine Verneinung der Unfallkausalität nicht zu überzeugen.

7.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich anhand der vorliegenden ärztlichen Beurteilungen hinsichtlich der Frage, ob es sich bei den Läsionen im Bereich der Rotatorenmanschette, zumindest in Bezug auf die Subscapularissehne, um direkte Unfallverletzungen oder um degenerative Gesundheitsschädigungen in Form eines degenerativen Vorzustandes oder eines langsamen Fortschreitens der Degeneration auf dem Boden eines langjährigen Verschleisszustandes handelt, kein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt nachweisen lässt.

## **E. 8**

Erkenntnisse für ihre Kausalitätsbeurteilung entnehmen med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ sodann der Art und Weise der aufgetretenen Beschwerden sowie dem zeitlichen Ablauf.

8.1 Beide Ärzte halten fest, dass mit einer traumatischen Sehnenruptur typischerweise eine gestörte Funktion (Functio laesa) mit Bewegungseinschränkung, d.h. ein pseudogelähmter Arm, ein Einstellen der Tätigkeit und ein zeitnaher Arztbesuch verbunden seien. Die aktenkundigen Fakten sowie die Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 8. Dezember 2016 (Suva-act. II/19, III/12) würden allerdings keine Functio laesa belegen (vgl. insbesondere Suva-act. II/21-4, III/34-19 f.). Dr. K.\_\_\_\_ gibt die vom Beschwerdeführer anlässlich der vorgenannten Besprechung mit der Beschwerdegegnerin gemachten Aussagen richtig wieder und leitet daraus offensichtlich nach beiden Unfällen einen für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion zu gering eingeschränkten Bewegungsradius ab. In Bezug auf den Unfall vom 17. April 2016 stellte er an sich zutreffend fest, dass eine Abduktion nach dem Unfall vom 17. April 2016 zwar eingeschränkt, aber durchaus möglich gewesen sei. Laut Angaben des Beschwerdeführers am 8. Dezember 2016 konsultierte dieser seinen Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ nach dem Unfall vom 17. April 2016 am 28. April 2016, weil er immer noch Schmerzen gehabt habe und den Arm nicht mehr über die Horizontale heben können. Die Schulter habe vor allem unter Bewegung des Arms und während der Nacht geschmerzt. Eine Arbeitsunfähigkeit bestand offenbar keine. Am Tag nach dem Unfall vom 23. September 2016 brachte der Beschwerdeführer den Arm angeblich knapp auf die Horizontale. Am folgenden Tag sei er normal zur Arbeit gegangen. Mit einem Arztbesuch habe er über drei Wochen gewartet. Am 19. Oktober 2016 habe er den Orthopäden der Orthopädie L.\_\_\_\_ aufgesucht (Dr. H.\_\_\_\_ [Suva-act. III/6]). Trotz Schulterschmerzen habe er bis zur Operation vom 29. November 2016 ganz normal im Büro gearbeitet. Dr. H.\_\_\_\_

widerspricht der Argumentation von med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_, dass eine traumatische Sehnenruptur mit einer Functio laesa, einer Bewegungseinschränkung, dem Einstellen der Tätigkeit und einem zeitnahen Arztbesuch verbunden sei. Isolierte Rupturen der Subscapularissehne seien bezüglich der aktiven Abduktion und Anteversion häufig unkompliziert. Im Übrigen habe der Beschwerdeführer nach beiden Unfällen eine gestörte Funktion beschrieben. So habe er angegeben, dass er nach beiden Stürzen seinen rechten Arm vorübergehend kaum mehr anheben können (act. G 10.1).

8.2 Die Rotatorenmanschette ermöglicht die zur Abduktion nötige stufenlose Drehbewegung im Schultergelenk (DEBRUNNER, a.a.O., S. 121). Bei einer gesunden Rotatorenmanschette ist eine Abduktion schmerzfrei und uneingeschränkt möglich. In der medizinischen Literatur ist nicht definiert, ab welcher Bewegungseinschränkung von einer Functio laesa auszugehen ist. Eine Functio laesa bezeichnet einfach eine gestörte Funktion bzw. eingeschränkte Beweglichkeit (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 616; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 652). Mit Dr. H.\_\_\_\_ ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit der eingeschränkten Abduktion nach beiden Unfällen eine gestörte Funktion bzw. eingeschränkte Beweglichkeit beschrieben hat. Gemäss medizinischer Literatur kann bei einem ausgedehnten Riss der Rotatorenmanschette der Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale gehoben werden. Die Schmerzen entstehen bei einer Veränderung an der Rotatorenmanschette typischerweise bei einer Abduktion von etwa 45° bis 150° (= "painful arc syndrome" bzw. schmerzhafter Bogen). Bei senkrecht hochgehaltenem Arm verschwindet der Schmerz wieder (DEBRUNNER, a.a.O., S. 726 f.). Die vom Beschwerdeführer beschriebene Symptomatologie und Bewegungseinschränkung entspricht nach beiden Unfällen einer solchen Klinik. Der medizinischen Literatur ist ausserdem zu entnehmen, dass der Schmerz je nach Ursache und Ausprägung der Läsion langsam zunimmt oder akut einsetzt (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576), wobei ein akuter Schmerz offensichtlich typisch für eine traumatische Verletzung ist (PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 726). Nach beiden Unfällen beschrieb der Beschwerdeführer einen sofortigen Schmerz; nach dem Unfall vom 17. April 2016 habe es ihm noch mehr weh getan als nach dem Unfall vom 23. September 2016 (Suva-act. II/19, III/12). Gemäss vorliegenden Akten war der Beschwerdeführer vor dem ersten Unfall vom 17. April 2016 sowie fünfeneinhalb Monate nach diesem Unfall vollständig beschwerdefrei, mit freier Beweglichkeit und normaler Belastbarkeit der rechten Schulter (vgl. Suva-act. I/13, II/10). Das zeitliche Zusammentreffen der vom Beschwerdeführer beschriebenen Bewegungseinschränkungen bzw. Symptomatologien mit den Unfällen müsste als absoluter Zufall betrachtet werden, sollte den Unfällen für die Rotatorenmanschettenläsionen keinerlei Bedeutung zukommen und eine rein degenerativ bedingte Situation als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden.

8.3 Auch der zeitliche Ablauf der Arztkonsultationen spricht nicht gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenproblematik. Nach dem Unfall vom 17. April 2016 behandelte sich der Beschwerdeführer zunächst selbst, indem er sich regelmässig eine Salbe einrieb und Schmerzmittel einnahm. Ein derartiges Vorgehen ist in keiner Weise unüblich und darf ihm nicht angelastet werden. Der Zeitraum zwischen dem Unfall vom 17. April 2016 bis zur ärztlichen Erstkonsultation am 28. April 2016 von rund zehn Tagen ist zudem nicht derart lang, dass von einem unrealistisch langen und damit unglaubwürdigen Abwarten gesprochen werden müsste. Nach dem Unfall vom 23. September 2016 verging zwar bis zur ärztlichen Erstbehandlung rund ein Monat. Die Erklärung in der Beschwerde vom 13. September 2017 (act. G 1, IV./Ziff. 4), der Beschwerdeführer habe aufgrund seiner Erfahrungen im Zusammenhang mit dem ersten Unfall gehofft, mit denselben

Physiotherapieübungen und Salben die Beschwerden zum Verschwinden zu bringen, erscheint indessen ebenfalls plausibel. 8.4 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ist schliesslich zu sagen, dass der Beschwerdeführer eine Bürotätigkeit ausübt, bei welcher das Anheben der Arme über die Horizontale nicht zwingend oder jedenfalls nicht häufig erforderlich ist. Zu erwähnen ist aber vor allem, dass dem Beschwerdeführer selbst von den Ärzten bei Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion sowie nach deren radiologischer Bestätigung nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist (vgl. Suva-act. II/4, II/10, III/6). 8.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus dem Beschwerdeverlauf bzw. dem gesamten zeitlichen Ablauf im konkreten Fall ebenfalls keine überzeugenden Anhaltspunkte für eine traumatische oder eine degenerative Rotatorenmanschettenproblematik ergeben.

#### **E. 9**

Auch epidemiologisch betrachtet, drängt sich ein rein degenerativer Prozess ohne unfallbedingten Ursachenbeitrag (im Zeitpunkt des Unfalls war der Beschwerdeführer 55 Jahre alt) nicht unbedingt auf. Laut Feststellung von med. pract. J. \_\_\_ (Suva-act. III/14-4) unterliegt die Rotatorenmanschette ab dem 30. Lebensjahr einer zunehmenden Degeneration. Es gebe Untersuchungen, nach denen Patienten mit Schulterbeschwerden im Alter zwischen dem 40. und 56. Jahr in 25% Rotatorenmanschettendefekte hätten (in Übereinstimmung dazu vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1576). Die Häufigkeit des Auftretens von degenerativ bedingten Rotatorenmanschettendefekten ist also nicht derart hoch, dass mit ihr von degenerativ bedingten Rotatorenmanschettenläsionen auszugehen wäre. Das Kriterium der Epidemiologie ist im Übrigen statistischer Natur und berücksichtigt - abgesehen vom Alter der konkreten Person - die Aspekte des Einzelfalls nicht. Die in den Erwägungen 6 ff. dargestellte Sachlage, welche eine traumatische Ätiologie nicht überwiegend wahrscheinlich ausschliesst, wird dadurch also nicht verändert.

#### **E. 10**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an der Zuverlässigkeit der Beurteilungen von med. pract. J. \_\_\_ (Suva-act. II/21, II/40) und Dr. K. \_\_\_ (Suva-act. III/34), wonach die am 29. November 2016 arthroskopisch behandelten strukturellen Schäden der Rotatorenmanschette rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen seien, zumindest geringe Zweifel bestehen. So geben sie über entscheidende Fragen zur Unfallkausalität - unter anderem die Frage, ob das Sturzereignis vom 23. September 2016 allenfalls eine richtunggebende Aktivierung eines degenerativen Zustandes zumindest teilkausal mitverursacht hat - keinen überzeugenden Aufschluss. Den Feststellungen und Beurteilungen von Dr. H. \_\_\_ kann zudem nichts entgegengehalten werden, was die Zweifel an den Einschätzungen von med. pract. J. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_ beheben könnte. Es ist daher anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob bei der Arthroskopie vom 29. November 2016 (Suva-act. III/9) traumatische Verletzungen oder degenerative (Vor-)Zustände behandelt worden sind.

#### **E. 11**

11.1 Wird davon ausgegangen, dass die nach den Bikeunfällen aufgetretenen Schulterbeschwerden Folge eines durch die Unfälle lediglich aktivierten (zuvor stummen) degenerativen Vorzustandes bzw. fortschreitenden Degenerationsprozesses sind, hat die

Beschwerdegegnerin nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit den Unfällen stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009 E. 4.3; vgl. Erwägung 3.3). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Unter Umständen hat der Beschwerdeführer damit Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässige Behandlung, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der von den Unfällen zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch die Unfälle bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C\_326/2008). Eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes steht im konkreten Fall nur in Bezug auf den Unfall vom 23. September 2016 zur Diskussion. Allfällige Unfallfolgen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. April 2016 waren vor demjenigen vom 23. September 2016 offensichtlich ausgeheilt (vgl. dazu Erwägungen 1 und 8.2) und erst die daraufhin eingetretene Beschwerdesituation hat zum arthroskopischen Eingriff vom 29. November 2016 geführt. 11.2 Med. pract. J.\_\_\_\_ räumt in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 29. Dezember 2016 (Suva-act. II/21-5) ein, dass es beim Beschwerdeführer durch beide Bikeunfälle allenfalls zu einer unfallbedingten vorübergehenden Verschlimmerung bzw. einer zeitlich limitierten Verschlimmerung eines unfallunabhängigen, verschleissbedingten Vorzustandes gekommen sein könnte. Dr. K.\_\_\_\_ nimmt es offenbar in der chirurgischen Beurteilung vom 13. November 2017 (Suva-act. III/34-21) sogar als gesichert an, dass die rechte Schulter durch die Bikestürze mit einer Kontusion im weitesten Sinn Schaden genommen habe. Eine Schulterkontusion heile indessen in der Regel nach rund sechs Wochen ab, womit der Status quo sine in diesem Zeitintervall erreicht sein dürfte. Angesichts des unstreitigen Unfalls vom 23. September 2016, der Beschwerdefreiheit davor und der beim Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkung (vgl. Erwägung 8.1 f.) überzeugt die Annahme einer durch den Unfall vom 23. September 2016 bewirkten (zumindest) vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes. Selbst in einem solchen Fall könnte allerdings im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 27. November 2016, d.h. zwei Monate nach dem letzten Unfall, nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Dahinfallen jeder (teil-)kausalen Bedeutung des Unfallereignisses ausgegangen werden. Abgesehen davon, dass die Differenz zwischen dem von Dr. K.\_\_\_\_ angenommenen und dem tatsächlichen Leistungseinstellungszeitpunkt gering ist, steht fest, dass sich die Schmerzsymptomatik zumindest in diesem Zeitraum nicht verbessert hatte und bereits anlässlich der Konsultation vom 26. Oktober 2016 bei Dr. H.\_\_\_\_ (also innerhalb der von Dr. K.\_\_\_\_ angenommenen Heilungsdauer von sechs Wochen) der operative Eingriff vom 29. November 2016 ausführlich besprochen worden war (Suva-act. III/6). Der Beschwerdeführer beschrieb anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 8. Dezember 2016 (Suva-act. III/12) aus der Zeit unmittelbar nach dem Unfall sowie von der ersten Konsultation bei Dr. H.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2016 an (Suva-act. II/19) immer nur Beschwerden im Schultergelenk, insbesondere auch während der Nacht, und damit

offensichtlich im Bereich der Rotatorenmanschette. Angesichts dieser Sachlage kann nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, der Unfall vom 23. September 2016 habe für eine ausgelöste vorbestehende Rotatorenmanschettenläsion im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Teilursache mehr dargestellt. Selbst wenn die Operation der Rotatorenmanschette rechts weitestgehend einem Vorzustand zuzuschreiben war, und dem Sturz vom 23. September 2016 mit einer - von Dr. K.\_\_\_\_ angenommenen - Kontusion im weitesten Sinn keine massgebende Bedeutung zukam, würde dies nach der unter Erwägung 11.1 dargestellten Praxis genügen, eine Haftung des obligatorischen Unfallversicherers zu begründen. Betreffend Teilursächlichkeit wurde weder vom EVG bzw. Bundesgericht noch vom Gesetzgeber ein Mindestsatz bestimmt. Auch in Art. 36 Abs. 1 UVG wird von einer solchen Regelung abgesehen. Liegt - wie im konkreten Fall - ein eindeutiges Unfallereignis vor, darf somit nur im Ausnahmefall davon ausgegangen werden, dem krankhaften Vorzustand komme gegenüber der Kontusion der Schulter ein Gewicht zu, welches die Annahme einer Unterbrechung der Unfallkausalität rechtfertigt (vgl. dazu SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C\_380/2011, E. 4.2.1).

#### **E. 12**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass angesichts der vorangegangenen Erwägungen gewisse Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilungen von med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ bestehen. Die Beschwerdegegnerin wäre damit gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz zur Einholung einer nicht vorbefassten Begutachtung verpflichtet gewesen (vgl. dazu BGE 135 V 470 E. 4.4). Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer solchen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sollten die weiteren Abklärungen den Nachweis für das Vorliegen einer im Leistungseinstellungszeitpunkt (27. November 2016) weiter bestehenden (Teil-)Kausalität der Bikeunfälle für die Schulterproblematik rechts des Beschwerdeführers nicht zu erbringen vermögen, hätte der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Erwägung 3.4).

#### **E. 13**

13.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 2. August 2017 (Suva-act. II/42, III/31) teilweise gutzuheissen und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 13.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Angesichts der Schwierigkeit des Falles sowie der Art und des Umfangs der Bemühungen erscheint eine Parteientschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich, von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 2. August 2017 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.