

200 13 248 UV
KOJ/SHE/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Oktober 2014

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

Visana Versicherungen AG
Weltpoststrasse 19, Postfach 253, 3000 Bern 15
Beschwerdegegnerin

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 14. März 2013
(Rückweisung an Vorinstanz / UV 16/2012)

Sachverhalt:

A.

Die 1955 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war ab dem 20. Februar 1995 als ... bei der C. _____ angestellt. In dieser Eigenschaft war sie am 31. Januar 2009 [recte: 2010], als sie auf Eis ausrutschte und sich an der linken Schulter verletzte (Akten der Visana Versicherungen AG [nachfolgend Visana oder Beschwerdegegnerin, Antwortbeilage {AB}] 1), bei der Visana obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Die Versicherte musste ab dem Unfalltag vollständig mit ihrer Arbeit aussetzen und konnte diese am 17. Februar 2010 wieder im gewohnten Umfang aufnehmen (AB 12); am 29. März 2010 konnte die Behandlung abgeschlossen werden (AB 18 Ziff. 5).

B.

Am 20. August 2010 meldete die Arbeitgeberin der Versicherten einen Rückfall zum Ereignis vom 31. Januar 2010 (AB 21); ab dem 11. August 2010 war wieder eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (u.a. AB 26). Die Versicherte unterzog sich in der Folge am 8. Dezember 2010 wegen einer vollständigen Subscapularis- und Supraspinatussehnenruptur links einer offenen Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (AB 35). Am 4. Mai 2011 wurde sie sodann durch Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht (AB 58-65). Mit Verfügung vom 17. Juni 2011 stellte die Visana die Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 31. Januar 2010 per 8. Mai 2011 ein mit der Begründung, weitere, erneute Behandlungen über den 8. Mai 2011 hinaus seien auf die degenerativen Rotatorenmanschettenveränderungen zurückzuführen (AB 69-71). Hiergegen liess die Versicherte Einsprache erheben (AB 86-90 und 94-96), welche mit Entscheidung vom 22. November 2011 (AB 103-108) abgewiesen wurde. Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 2. April 2012, UV 2012/16, ab. Die hiergegen erhobene

Beschwerde hiess das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 14. März 2013 (8C_397/2012) in dem Sinne teilweise gut, als es das kantonale Urteil aufhob und die Sache zur neuen Entscheidung an das Verwaltungsgericht zurückwies. In den Erwägungen hielt das Bundesgericht fest, dass zur Frage der (Teil-)Unfallkausalität ein Gerichtsgutachten einzuholen sei (E. 5.5); im Übrigen wies es die Beschwerde ab.

C.

Im Rahmen der vom Verwaltungsgericht angeordneten Begutachtung wurde die Versicherte am 24. August 2013 durch Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersucht; sein Gutachten datiert vom 30. Mai 2014. Zu dessen Ausführungen nahm die Visana am 25. Juli 2014 Stellung, die Versicherte am 31. Juli 2014. Die Eingaben wurden den Parteien am 7. August 2014 wechselseitig zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet der Einspracheentscheid vom 22. November 2011 (AB 103-108). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung auch nach dem 8. Mai 2011 und hierbei namentlich, ob die im Dezember 2010 operierte Subscapularis- und Supraspinatussehnenruptur an der linken Schulter ganz oder zumindest teilweise auf das Ereignis vom 31. Januar 2010 zurückzuführen 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 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 Kausalzusammenhang 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). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

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 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

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

3.

3.1 Unbestritten und durch die Aktenlage belegt ist, dass die Beschwerdeführerin am 31. Januar 2010 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor sowie AB 1 und 4). Dies wird von den Parteien denn auch nicht in Frage gestellt und wurde zudem auch vom Bundesgericht bestätigt (BGer 8C_397/2012, E. 5.6). Nachfolgend ist die (Teil-)Kausalität zwischen dem Unfall vom 31. Januar 2010 und der diagnostizierten Subscapularis- und Supraspinatussehnenruptur zu prüfen. Die Akten zeigen im Wesentlichen folgendes medizinisches Bild:

3.1.1 Gemäss dem Bericht des behandelnden Hausarztes, Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 27. September 2010 stehe die Beschwerdeführerin seit Jahren bei ihm in Behandlung (AB 24). Im Januar 2010 habe sich ein Unfall mit Schulterkontusion und Brachioradialiszerrung ereignet. Nach einer intensiven Therapie sei es im März 2010 zu einer Regression und schliesslich Verschwinden der Symptome gekommen. Seit Ende Juni 2010 würden erneute Beschwerden auftreten, ohne erneuten Unfall oder anderen ersichtlichen Grund. Bei der Abklärung habe sich gezeigt, dass eine massive Supraspinatussehnenläsion und eine Ruptur der Subscapularissehne sowie eine Medialluxation der langen Bizepssehne bestehen würden. Im Nachhinein müsse man anneh-

men, dass eine zumindest partielle Ruptur der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne bereits beim Unfall entstanden seien.

3.1.2 Gemäss dem Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 26. Oktober 2010 bestehe eine Supraspinatus- und Subscapularissehnenruptur (AB 31). Die Schmerzen seien therapieresistent ohne Verbesserung nach Physiotherapie und Infiltration. Die Indikation zur Rotatorenmanschettenrekonstruktion sei gegeben, ebenfalls die Unfallkausalität.

3.1.3 Dr. med. D._____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Mai 2011 (AB 58 ff.) leichte Restbeschwerden der linken Schulter mit/bei Status nach Schulterkontusion mit nicht dislozierter Fraktur des Tuberculum majus (Fissur) beim Sturz am 31. Januar 2010 und degenerativer Rotatorenmanschettenläsion (Supraspinatus und Infraspinatus) mit/bei ausgedehnter fettiger Veränderung, insbesondere im Supraspinatus und Status nach Rotatorenmanschettenrevision am 8. Dezember 2010. Anlässlich des Sturzerignisses vom 31. Januar 2010 sei es zu einer nicht dislozierten Tuberculum majus-Fraktur an der linken Schulter gekommen. Die Abklärungen ab Juni 2010 hätten die erwähnte Diagnose mit den ausgeprägten, aber eindeutig degenerativen Rotatorenmanschettenveränderungen ergeben. Der Status quo sine in Bezug auf die linke Schulter sei im Juni 2010 bereits eingetreten. Darüber hinaus noch bestehende Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unfallfremde und vorbestehende Degenerationen, welche nicht nachweislich richtungsgebend verschlimmert worden seien, zurückzuführen (S. 5).

3.1.4 Am 10. Januar 2012 führte Dr. med. G._____ aus, der Unfall vom 31. Januar 2010 habe zu einer Ruptur der Subscapularis- und Supraspinatussehnen geführt. Diese Art Rotatorenmanschettenruptur komme ausschliesslich unfallbedingt vor. Die Unfallkausalität sei somit ohne Zweifel gegeben.

3.1.5 Gemäss dem Bericht von Dr. med. G._____ vom 3. Mai 2012 sei es eine Tatsache, dass Subscapularissehnenrupturen nicht degenerativ vorkämen. Unbestrittenerweise könnten Supraspinatussehnenrupturen degenerativ auftreten und würden bei zunehmendem Alter auch ohne Unfall

beobachtet. Das Trauma der Beschwerdeführerin sei für den Riss der Subscapularis- und Supraspinatussehne typisch. Die Risse beider Sehnen würden häufig bei solchen Traumen gemeinsam auftreten. Jeder versierte Schulterchirurg werde bestätigen, dass Subscapularissehnenrisse immer unfallbedingt aufträten und die Unfallkausalität gegeben sei.

3.1.6 Dr. med. D. _____ nahm am 17. Oktober 2012 wie folgt Stellung zu den Ausführungen von Dr. med. G. _____ vom 3. Mai 2012 (vgl. E. 3.1.5 hiervor): die pauschalisierende Darstellung, dass die Subscapularissehnenruptur nicht/nie degenerativ vorkomme, entspreche „selbstverständlich“ nicht der Wahrheit. Dass die Subscapularissehnenruptur häufiger traumatisch bedingt sei, als die übrigen Sehnen der Rotatorenmanschette, werde auch nicht bestritten. Der Subscapularis inseriere am Tuberculum minus, hier sei aber das Tuberculum majus frakturiert/fissuriert gewesen. Eine derartige Doppelverletzung sei theoretisch zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, zumindest da kein Hochbrisanztrauma vorliege. Was genau bei der Beschwerdeführerin beim Sturz den Schmerz in der linken Schulter ausgelöst habe, ob die nachgewiesene undislozierte Trochanter-major-Fissur oder die ebenfalls ausgewiesene Rotatorenmanschettenläsion mit der hypothetisch traumatischen Unterbrechung der Subscapularissehne, sei naturgemäss nicht mehr rekonstruierbar, so dass schlussendlich Aussage gegen Aussage stehe (S. 1). Zusammenfassend spreche sowohl der Verlauf als auch die Bildgebung für eine schicksalhafte, degenerative, mehrere Sehnen betreffende Rotatorenmanschettenläsion. Die Aussage von Dr. med. G. _____ sei verallgemeinernd und ergebe keine fachspezifisch erhellenden Aspekte (S. 2).

3.1.7 Prof. Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 30. Mai 2014 eine kombinierte Supraspinatus- und Subscapularisruptur links vom 31. Januar 2010 ohne relevante chronische und/oder degenerative Veränderungen. Sowohl aufgrund der anamnestischen Angaben wie auch der bildgebenden Befunde könne davon ausgegangen werden, dass die Ruptur der Rotatorenmanschette wahrscheinlich anlässlich des Unfalls vom 30. Januar 2010 entstanden sei (S. 7). Die festgestellte kombinierte Subscapularis- und Supraspinatusruptur links sei sehr wahrscheinlich unfallbedingt. Ein altersentsprechender, minimaler degenerativer Vorschaden könne

nicht ausgeschlossen werden und lasse sich letztlich nur durch den kleinen Enthesophyten am Tuberculum majus links sowie indirekt durch die nur MR-tomographisch nachweisbare kleine Zyste im Tuberculum majus und die Verbreiterung der langen Bicepssehne untermauern. Im Operationsbericht werde die Supraspinatussehnenqualität als schlecht beurteilt. Die Wertung dieser Aussage sei bekanntlich schwierig, handle es sich doch um eine subjektive, letztlich nicht quantifizierte Aussage, welche sich auf die mechanische Festigkeit des Sehnenstumpfes bzw. auf die Verankerung der Naht beziehe. Diese werde durch mehrere Faktoren beeinflusst, u.a. auch durch den kongenitalen Kollagentyp. Für gutachterliche Zwecke empfehle er die Beurteilung der Tendinopathie auf die MR-Bilder zu beziehen und dem subjektiven intraoperativen Gefühl eine geringere Wertigkeit beizumessen (S. 8 Frage 3). Die festgestellten degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette seien geringfügig (leicht). Sie könnten MR-tomographisch vermutet werden, radiologisch würden sie aufgrund der diskreten Enthesopathie am Tuberculum majus vermutet. Leichte degenerative Veränderungen hätten wahrscheinlich bereits vor dem Unfall vom 31. Januar 2010 bestanden (S. 9 Frage 4); dieser habe nicht zu einer Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens geführt (Frage 5). Es lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit immer noch unfallbedingte Gesundheitsschäden vor, nämlich persistiere eine schmerzhafte Rotatorenmanschetten-Insuffizienz, welche durch eine inkomplette Konsolidierung vor allem der Supraspinatusanteile bedingt sei; der Status quo ante vel sine sei also noch nicht erreicht worden (Frage 6). Die festgestellten Rotatorenmanschettenrupturen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 31. Januar 2010 verursacht worden (S. 10 Frage 7); es sei davon auszugehen, dass der medizinische Endzustand etwa 1 Jahr nach der operativen Reinsertion der Rotatorenmanschette eingetreten sei, d.h. am 9. Dezember 2011 (Frage 9).

3.1.8 Am 10. Juli 2014 nahm Dr. med. D. _____ wie folgt Stellung zum Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 30. Mai 2014: Zu den klinischen Untersuchungsdaten könne nur insofern Stellung genommen werden, als dass diese einer Momentaufnahme (Zeitpunkt der einmaligen Untersuchung) entsprächen und im Übrigen die Befunde nicht wesentlich von den Daten abweichen würden, welche er anlässlich seiner eigenen Untersu-

chung am 4. Mai 2011 erhoben habe. Betreffend die Röntgendiagnostik habe Prof. Dr. med. E. _____ eine eigene Beurteilung vorgenommen und dargelegt, weshalb aus seiner Sicht die Problematik an der linken Schulter überwiegend wahrscheinlich unfallkausal scheine (S. 1). Wesentliche Hinweise auf eine „noch frische Läsion der Rotatorenmanschette“ seien, wohlgemerkt entgegen der fachradiologischen Beurteilung vom 16. August 2010, gemäss Prof. Dr. med. E. _____ die fehlende Delaminationskomponente und die „nicht vorhandene“ resp. „vorgetäuschte Atrophie.“ Das Argument der „vorgetäuschten Atrophie des Supraspinatus“ bei „falsch positivem Tangenzzeichen“ sei ebenfalls „nur“ die Interpretation von Prof. Dr. med. E. _____. Ein positives Tangenzzeichen verbunden mit Signalerhöhungen in der T1-gewichteten MRI-Aufnahme gelte als „schlechtes Zeichen“ (i.S. von ungünstigen Voraussetzungen) für die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, was sich gemäss Operateur sowohl intraoperativ und leider auch im Verlauf (bei Persistenz der Beschwerden sei zumindest eine partielle Reruptur nicht ausgeschlossen) bestätigt habe (S. 2). Eine isolierte Ruptur der Sehne des M. Subscapularis würde zwar für ein traumatisches Geschehen sprechen. Wenn jedoch, wie im vorliegenden Fall, zusätzliche Läsionen an der Rotatorenmanschette bestünden, könne keine signifikante Unterscheidung zu degenerativen Läsionsformen (an)erkannt und/oder durch die Rupturgrösse, Rupturform, durch die makroskopische Sehnenrandqualität und den Retraktionsgrad hinreichend begründet werden. Dies bedeute im Umkehrschluss, dass die „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ einer Traumagenese der Läsion nicht vorliege resp. nicht vorliegen oder begründet werden könne. Das Argument von Prof. Dr. med. E. _____, dass es sich bei der fettigen Infiltration der Rotatorenmanschettenmuskulatur um eine „generalisierte Stoffwechselstörung im Rahmen der Adipositas“, nicht aber als Folge einer chronischen Ruptur der Rotatorenmanschette handle, belege dieser nur mit MRI-Aufnahmen der Gegenschulter vom 6. September 2013, wo diese fettigen Veränderungen ebenfalls vorlägen (S. 3). Unberücksichtigt und daher undiskutiert bleibe im Gutachten von Prof. Dr. med. E. _____ auch der Verlauf der zeitnahen Symptomatik mit zunächst abnehmender Schmerzproblematik mit nachfolgender Exazerbation der Beschwerden ohne erneutes Ereignis, dies jedoch erst rund 5 Monate nach dem Ereignis. Ganz allgemein sei zu kritisieren, dass die Beurteilungen und Schlussfolgerungen von Prof. Dr. med.

E._____ zwar seiner sicher kompetenten Empirie entstammten und daher gewürdigt werden dürften/sollten, umgekehrt die Aussagen aber nicht mit evidenzbasierten wissenschaftlichen Studien abgesichert/unterlegt würden (S. 4). Auch bestehe ein Widerspruch darin, wenn Prof. Dr. med. E._____ zwar degenerative Veränderungen in der Rotatorenmanschette bereits vor dem Unfall als wahrscheinlich bezeichne, eine Verschlimmerung (also eine Unfallfolge) aber verneine. Eine hinreichende und/oder nachvollziehbare medizinische Begründung, weshalb der Status quo bisher nicht erreicht worden sei, finde sich nicht. Der Hinweis, dass eine „schmerzhafte Rotatorenmanschetten-Insuffizienz“ vorliege, werde denn auch nicht weiter kommentiert/diskutiert, weise aber mit einer klinisch relevanten Deutlichkeit darauf hin, dass eine Reruptur resp. eine Partialläsion vorliege (S. 5). Zusammenfassend ergebe sich, dass letztendlich die Schlussfolgerung im Gutachten E._____ („überwiegend wahrscheinlich unfallkausal“) nicht bestätigt werden könne. Dr. med. D._____ wies darauf hin, dass bei der „unübersichtlichen“ Anzahl von publizierten wissenschaftlichen Arbeiten über dieses Thema mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sowohl für die eine als auch für die andere Argumentation „Beweise“ gefunden werden könnten, was die vorgebrachte Kritik, dass im Gutachten von Prof. Dr. med. E._____ keine diesbezüglichen Hinweise vorlägen, deutlich mache und unterstreiche. Es sei nämlich so unmöglich, eine Überprüfung der Aussage zu realisieren (S. 6).

3.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis, im Rahmen der Würdigung medizinischer Unterlagen, nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe es gerade ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum

Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.2).

3.3 Das Gerichtsgutachten von Prof. Dr. med. E. _____ vom 30. Mai 2014 überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt sowie seine Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf seine Untersuchung sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Dieses Gerichtsgutachten erfüllt somit die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an Expertisen gestellten Anforderungen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.2 hiavor).

Die Schlussfolgerungen von Prof. Dr. med. E. _____ decken sich denn auch mit den Ausführungen des behandelnden Arztes Dr. med. F. _____ und von Dr. med. G. _____. So führte Dr. med. F. _____ bereits am 27. September 2010 (AB 24) aus, es sei anzunehmen, dass bereits beim in Frage stehenden Unfall eine zumindest partielle Ruptur der Supraspinatus- und der Subscapularissehne entstand. Auch der operierende Chirurg, Dr. med. G. _____, bejahte diverse Male (AB 31, 53 S. 2 Frage 3, AB 124) die Unfallkausalität.

Der einzige medizinische Fachexperte, der die Unfallkausalität anzweifelt bzw. verneint, ist Dr. med. D. _____. Zu seinem als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin eingereichten Bericht vom 20. Mai 2011 (AB 58-65) hat das Bundesgericht im Entscheid vom 14. März 2013 (8C_397/2012)

ausgeführt, dieser sei nicht als Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG zu qualifizieren, sondern stehe auf einer Stufe mit den kreisärztlichen Berichten (E. 5.1). Weiter äusserte das Bundesgericht Zweifel an der Schlüssigkeit seines Berichts (E. 5.5). Die Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 17. Oktober 2012, welche die Beschwerdegegnerin seinerzeit beim Bundesgericht einreichte, enthält keine wesentlichen neuen Aspekte, vielmehr wurde darin festgestellt, es stehe Aussage gegen Aussage. In der dem angerufenen Gericht eingereichten Stellungnahme vom 10. Juli 2014 argumentierte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin erneut mit den bildgebenden Abklärungen vom 16. August 2010. Diesbezüglich hat jedoch das Bundesgericht am 14. März 2013 festgestellt, dass diese Abklärungen nicht schlüssig sind, da sie nicht unmittelbar nach dem Unfall vom 31. Januar 2010, sondern erst nach Geltendmachung der Ende Juni 2010 neu aufgetretenen Beschwerden erstellt wurden, weshalb ihnen zur Kausalitätsfrage nichts Entscheidendes entnommen werden kann (E. 5.5). Soweit Dr. med. D. _____ bemängelt, die Schlüsse von Prof. Dr. med. E. _____ würden teilweise auf dessen subjektiver Einschätzung beruhen, ist festzuhalten, dass es gerade die Aufgabe des gerichtlich beigezogenen unabhängigen Gutachters ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen und zu würdigen. Wenn Dr. med. D. _____ die Schlüssigkeit der Expertise von Prof. Dr. med. E. _____ mit dem Fehlen von Hinweisen auf medizinische Literatur bemängelt, schränkt dieser Umstand den Beweiswert des Gerichtsgutachtens nicht ein, da Literaturangaben im Rahmen der medizinischen Begutachtung keineswegs die Regel oder gar zwingend sind, der unter Gewährung der Parteirechte verfasste Auftrag des Gerichts keine entsprechende Vorgabe enthielt und das Gutachten denn auch ohne Literaturhinweise für den medizinischen Laien bzw. den Rechtsanwender gut verständlich ist.

Zusammenfassend ergibt sich, dass das Gutachten von Prof. Dr. med. E. _____ vom 30. Mai 2014 weder widersprüchlich ist noch die gegensätzlichen Meinungsäusserungen von Dr. med. D. _____ als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit der Gerichtsexpertise in Frage zu stellen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/aa). Die Würdigung des erstatteten Gutachtens hat auch nicht ergeben, dass einzelne der behandelnden Punkte einer

erneuten sachverständigen Stellungnahme bedürfen und es verbleiben auch nicht noch weitere Fragen ausserhalb des gutachterlich bereits abgehandelten Bereichs abzuklären (Entscheid des BGer vom 18. Juli 2014, 8C_834/2013, E. 7.1). Es kann denn auch nicht angehen, ein Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn ein beratender Arzt zu anderslautenden Einschätzungen gelangt. Die Einwendungen von Dr. med. D._____ vermögen das Gerichtsgutachten nicht derart zu erschüttern, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 Regeste). Daher ist im vorliegenden Fall auf weitere Abklärungen, insbesondere auf die Einholung eines Obergutachtens, zu verzichten und in der Folge vollumfänglich auf die Ausführungen im Gerichtsgutachten vom 30. Mai 2014 abzustellen. Somit ist erstellt, dass die festgestellten Rotatorenmanschettenrupturen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 31. Januar 2010 verursacht wurden und dass diesbezüglich der Status quo ante vel sine per 8. Mai 2011 noch nicht erreicht wurde.

3.4 Bei dieser Sach- und Rechtslage ist die Beschwerde vom 9. Januar 2012 in dem Sinne gutzuheissen, als der Einspracheentscheid vom 22. November 2011 (AB 103-108) aufzuheben und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch nach dem 8. Mai 2011 zu bejahen ist.

4.

4.1

4.1.1 Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG muss das Verfahren für die Parteien kostenlos sein; einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden.

Die Kosten eines Gerichtsgutachtens können dem Unfallversicherer auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind, und zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit

Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt (BGE 139 V 225 E. 4.3 S. 226; vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1 f. S. 263). Die Kosten eines kantonalen Gerichtsgutachtens (MEDAS-Gutachten sowie mono- und bidisziplinäre Gutachten) können dem Sozialversicherer nicht systematisch überbunden werden, sondern nur dann, wenn die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen. Dies ist namentlich zu bejahen, wenn die Verwaltung einen offensichtlichen Widerspruch zwischen verschiedenen im Dossier enthaltenen medizinischen Beurteilungen nicht mit objektiver Begründung auflöst, die Verwaltung eine oder mehrere für die Beurteilung bzw. Würdigung der medizinischen Situation notwendigen Fragen offen lässt oder sich die Verwaltung auf ein Gutachten stützt, welches die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise offensichtlich nicht erfüllt. In diesen Fällen handelt es sich bei den Kosten des Gutachtens um Kosten des Abklärungsverfahrens im Sinne von Art. 45 ATSG. Hat die Verwaltung hingegen den Untersuchungsgrundsatz eingehalten und sich auf schlüssige und übereinstimmende Unterlagen oder auf ein gemäss Rechtsprechung voll beweiskräftiges Gutachten gestützt und gibt das kantonale Gericht aus anderen Gründen (z.B. nach der Erstellung neuer medizinischer Berichte oder eines Privatgutachtens) ein Gerichtsgutachten in Auftrag, so können der Verwaltung die Gutachterkosten nicht überbunden werden. In diesem Fall handelt es sich bei den Gutachterkosten um Kosten des Gerichtsverfahrens (BGE 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501 f.)

4.1.2 Die Beschwerdegegnerin hat im vorliegenden Fall auf die Beurteilung von Dr. med. D. _____ vom 20. Mai 2011 (AB 58-65) abgestellt (AB 69-71 und 103-108), welche jedoch gemäss Bundesgericht (BGer 8C_397/2012 E. 5.5) nicht schlüssig ist. Damit kann nicht gesagt werden, die Verwaltung habe ihre Meinung auf objektiv überzeugende Elemente oder ein den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechendes Gutachten gestützt, in welchem Fall die Überbindung der gerichtlichen Gutachterkosten ausgeschlossen wäre (vgl. E. 4.1.1. hiervor). Die Beschwerdegegnerin hat daher die im Gerichtsverfahren aufgelaufenen Gutachterkosten

von Fr. 5'000.-- zuzüglich Fr. 506.25 und Fr. 364.95 für eine MRI- bzw. eine Röntgenuntersuchung, ausmachend insgesamt Fr. 5'871.20, zu tragen. Diese sind an die Gerichtskasse zu überweisen.

4.2

4.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

4.2.2 Entsprechend den angemessenen Kostennoten von Fürsprecher B. _____ vom 14. Februar 2012 über Fr. 2'337.65 (Aufwand von Fr. 2'100.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 64.15 und Mehrwertsteuer von 173.15) sowie vom 31. Juli 2014 über Fr. 1'440.70 (Aufwand von Fr. 1'250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 84.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 106.70) wird die Parteientschädigung auf total Fr. 3'778.35 festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 22. November 2011 aufgehoben und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 31. Januar 2010 auch nach dem 8. Mai 2011 bejaht wird.
2. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 5'871.20 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Ansonsten werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'778.35 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Visana Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.