

200 13 627 UV
KNB/GET/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. November 2014

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____

Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Juni 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitet als ... bei der C._____ und ist dadurch bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend Visana bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II], 002; 077).

Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 8. August 2012 (act. II 001) liess der Versicherte der Visana mitteilen, dass er sich am ... bei einer Rangelei ... die rechte Schulter verletzt habe. Am ... (act. II 011) erfolgte eine diagnostische Arthroskopie mit arthroskopischer subacromialer Dekompression.

Nachdem die Visana Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt und die medizinischen Akten ihrem beratenden Arzt, Dr. med. D._____, Facharzt für Chirurgie FMH, vorgelegt hatte (act. II 012 f.), verneinte sie mit Verfügung vom 30. Januar 2013 (act. II 019 f.) einen Anspruch auf Versicherungsleistungen mit der Begründung, das Ereignis vom ... habe bereits im Zeitpunkt der Erstbehandlung am 8. August 2012 seine unfallkausale Bedeutung verloren gehabt, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang zu keinem Zeitpunkt gegeben gewesen sei. Dagegen erhob der Versicherte Einsprache (act. II 037), woraufhin die Visana weitere Abklärungen tätigte; insbesondere veranlasste sie bei Dr. med. D._____ ein Aktengutachten (Expertise vom 13. Mai 2013 [act. II 066 ff.]). Mit Entscheid vom 7. Juni 2013 (act. II 075 ff.) hiess die Visana die Einsprache des Versicherten insoweit teilweise gut, als sie ihre Leistungspflicht grundsätzlich anerkannte, ihre Leistungen jedoch ab Erreichen des Status quo sine per 14. August 2012 einstellte. Soweit weitergehend, wies die Visana die Einsprache ab.

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 7. Juni 2013 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, am 10. Juli 2013 Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Der Einspracheentscheid der Visana vom 7. Juni 2013 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auch nach dem 14. August 2012 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Eventualiter sei eine neutrale Begutachtung anzuordnen und die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin stütze ihren Einspracheentscheid vollständig auf das Aktengutachten von Dr. med. D. _____ ab. Unter Ziffer 6 des Einspracheentscheides werde dabei ein Auszug des Aktengutachtens wiedergegeben. Die eigentliche Erwägung in Ziffer 7 sei bloss einen Satz lang und nehme keine Abwägung der vorgängig aufgezeigten rechtlichen Grundlagen bzw. dem Sachverhalt und dem Aktengutachten vor. Mithin werde in keiner Art und Weise aufgezeigt, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens bei der Durchführung des MRI vom 14. August 2012 der Status quo sine erreicht gewesen sein soll. Der Einspracheentscheid sei zu wenig begründet. In materieller Hinsicht macht der Beschwerdeführer hauptsächlich geltend, es mute komisch an, wenn Dr. med. D. _____ bei der ersten Beurteilung des Falles zum Entschluss komme, dass die Beschwerdegegnerin überhaupt keine Leistungspflicht treffe, um nach der Einsprache des Beschwerdeführers und einem erneuten Auseinandersetzen mit dem Fall zum Schluss zu gelangen, dass die Leistungspflicht ab dem 14. August 2012 entfalle. Entgegen der Auffassung von Dr. med. D. _____ könne hinsichtlich der erfolgten ... gerade nicht von einem gesteuerten gezielten motorischen Ablauf gesprochen werden. Ferner hätten die Beschwerdegegnerin bzw. Dr. med. D. _____ bei ihrer Annahme, der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsunfähig gewesen, nicht abgeklärt, ob dieser z.B. während der Zeit nach dem Vorfall vom ... ausschliesslich im ... tätig gewesen sei. Die getroffene Annahme sei deshalb willkürlich und somit nicht verwendbar. Sodann sei die vor allem auf den MRI-Bericht vom 14. August 2012

gestützte Aussage von Dr. med. D._____, wonach es nicht zu einer Ruptur der Sehne der Rotatorenmanschette gekommen sei, sondern im Rahmen einer Stauchung der Schulterregion zu einer kurzzeitigen Aktivierung einer AC-Gelenksarthrose, wenig zuverlässig; namentlich treffe es mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. E._____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 26. Oktober 2012 nicht zu, dass weder Rupturen noch Partialrupturen noch Gelenkergüsse beschrieben worden seien. Auch die Aussage von Dr. med. D._____, es habe sich bei der Operation keine äussere Partialruptur finden lassen, sei nicht beweiswertig, da vorliegend eine intratendinöse Partialruptur zur Diskussion stehe, welche untersucht werden müsste. Da die Beschwerdegegnerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen habe, dass die Unfallursächlichkeit am 14. August 2012 dahingefallen sei, sei davon auszugehen, dass die Beschwerden auch nach dem 14. August 2012 Unfallfolgen gewesen seien.

In der Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In der Begründung bringt sie hauptsächlich vor, es sei zweifelhaft, ob am ... überhaupt ein tatbestandsmässiges Ereignis stattgefunden habe. Die Frage könne insoweit offen bleiben, als die Beschwerdegegnerin in jedem Fall vom Erreichen des Status quo sine per 14. August 2012 ausgegangen sei und die bis dahin angefallenen Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen übernommen habe. Im Übrigen sei Dr. med. D._____, welcher im Besitz aller Akten gewesen sei, zum Ergebnis gelangt, dass durch das Ereignis vom ... aufgrund der dokumentierten ärztlichen Befunde und unter Einbeziehung einer Stauchung der Schulterregion von einer kurzzeitigen Aktivierung der AC-Gelenkarthrose ausgegangen werden könne und der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt des MRI erreicht gewesen sei. Die MRI-Befunde vom 14. August 2012 dokumentierten degenerative Veränderungen, unfallunabhängige intrinsische und extrinsische Faktoren, welche zum beschriebenen Beschwerdebild geführt hätten. Diese seien z. T. durch die intraoperativen Befunde vom ... bestätigt worden (Aufrauhung und Ausfransung), was die Richtigkeit des Zeitpunkts für die Annahme des Status quo sine per 14. August 2012 bestätige.

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. 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 7. Juni 2013 (act. II 075 ff.). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen in Zusammenhang mit dem Ereignis vom ... zu Recht per 14. August 2012 eingestellt hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles, einer Berufskrankheit oder einer unfallähnlichen Körperschädigung voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]; Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3 S. 181).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 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).

2.3 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).

2.4 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversi-

cherers 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).

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

3.

3.1 Zunächst erweist sich die Kritik des Beschwerdeführers, der angefochtene Einspracheentscheid sei zu wenig begründet, als nicht stichhaltig: Aus dem nämlichen Entscheid geht zwar knapp, aber dennoch rechtsgenügend hervor, von welchen Überlegungen sich die Beschwerdegegnerin hat leiten lassen. Dem Beschwerdeverführer war es denn auch ohne weiteres möglich, den Einspracheentscheid sachgerecht anzufechten, zumal er nicht geltend macht, aktenmässig nicht umfassend dokumentiert gewesen zu sein.

3.2 Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Versicherungsleistungen per 14. August 2012 mit dem Erreichen des Status quo sine (act. II 076). Zur Frage der gesundheitlichen Einschränkungen in der rechten Schulter sowie des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen

dem Ereignis vom ... und den geklagten Beschwerden ergeben die medizinischen Akten im Wesentlichen das folgende Bild:

3.2.1 In der Bagatellunfall-Meldung vom 8. August 2012 (act. II 001) wurde das Ereignis vom ... wie folgt umschrieben: „... Bei der daraus entstehenden Rangelei zog ich mir eine Verletzung an der rechten Schulter zu. Im Moment fühlte es sich wie ein Messerstich an (verm. Sehnenentzündung o.a.).“

3.2.2 Nach Zuweisung durch den behandelnden Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, wurde am 14. August 2012 ein MRI der rechten Schulter durchgeführt. In der entsprechenden Beurteilung hielt Dr. med. G._____, Facharzt für Radiologie, folgende Beurteilung fest (act. II 007): „Derzeit geringfügig aktivierte, allenfalls initial ausgeprägte AC-Arthrose. Bursitis subacromialis/subdeltoidea geringer Ausprägung. Auftreibung des Ligamentum coracoacromiale. Chronische Tendinopathie der Supraspinatussehne mehr als der Infraspinatussehne, mit initialer intratendinöser Delaminierung in der ventralen Insertion der Supraspinatussehne. Intratendinöse Partialruptur im oberen Rand der Subscapularissehne. Ausschluss einer transmuralen Rotatorenmanschettenruptur. Lange Bicepssehne und Labrum intakt.“

3.2.3 Mit Bericht vom 9. September 2012 (act. II 014) diagnostizierte Dr. med. E._____ eine Partialruptur der Infraspinatus- und Subscapularissehne rechts vom ..., einen Akromiontyp 3 nach Bigliani mit Bursitis subacromialis und Tendopathie der Supraspinatussehne. Der Beschwerdeführer habe angegeben, am ... bei einer ruckartigen Bewegung die rechte Schulter verdreht und dabei einen plötzlichen Stich verspürt zu haben. Diese Beschwerden seien anschliessend schlimmer und bei Belastungen und in Ruhe anhaltend geworden. Durch Verminderung der körperlichen Aktivität (Training) würden erträgliche Beschwerden im rechten Schultergelenk angegeben. Besonders schmerzhaft seien die Innendrehung gegen Widerstand sowie das Heben des rechten Armes über Schulterniveau hinaus. Vor eventuellen operativen Massnahmen habe er – Dr. med. E._____ – mit dem Beschwerdeführer das Einholen einer Zweitmeinung bei Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatolo-

gie des Bewegungsapparates FMH, veranlasst (vgl. Überweisungsschreiben vom 10. September 2012 [act. II 015]).

3.2.4 Im Bericht vom 26. Oktober 2012 (act. II 008 f.) diagnostizierte Prof. Dr. med. H._____ ein postdistorsionelles Impingement-Syndrom Stadium II rechts mit Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehnen. In der Beurteilung führte er aus, die vorliegende Pathologie sei einer kurativen Behandlung schwer zugänglich. In erster Linie bestehe eine Tendinopathie mit möglichen intratenonalen Partialrupturen der Supra- und Infraspinatussehnen; zweitens bestehe eine subacromiale Bursitis mit einem etwas engen anterolateralen Subacromialraum.

3.2.5 Mit Arztzeugnis UVG vom 4. Dezember 2012 (act. II 010) hielt Dr. med. F._____ fest, die Erstbehandlung sei am 8. August 2012 erfolgt. Ferner beantwortete er die Frage, ob ausschliesslich Unfallfolgen vorlägen, mit „ja“.

3.2.6 Am ... wurde beim Beschwerdeführer eine diagnostische Arthroskopie sowie eine arthroskopische subacromiale Dekompression durchgeführt. Im entsprechenden Bericht (act. II 011) diagnostizierte Prof. Dr. med. H._____ ein postdistorsionelles Impingement-Syndrom Stadium I-II rechts. Im Übrigen hielt er Folgendes fest: „Intraartikulär besteht eine leichtgradige Ausfransung des Labrums zwischen 12 und 2 Uhr. Des Weiteren besteht eine Aufrauung des freien Randes des Subscapularis etwa 1½ cm proximal von dessen Insertion. Eine entsprechende Läsion im Bereiche des knöchernen Kanales (Akromion) besteht nicht. Möglicherweise handelt es sich um einen Reibeffekt gegen den vorderen oberen Akromionrand in maximaler Abduktion/ Aussenrotation. Intakte Kapsel. Intakte Supra- und Infraspinatussehnen. [...]. Bursoskopie: Resektion einer verdickten aber nur mässig entzündlich veränderten Bursa. Die Rotatorenmanschette ist soweit beurteilbar intakt. [...].“

3.2.7 Am 13. Dezember 2012 legte die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten ihrem beratenden Arzt, Dr. med. D._____, zur Beurteilung vor. In der entsprechenden „Aktannotiz“ (act. II 012 f.) wurde die Frage, ob das Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest im Sinne einer Teilursache zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen geführt

habe, verneint. In der Begründung wurde ausgeführt, mit dem Ereignis sei es höchstens zu einer kurzzeitigen AC-Gelenksaktivierung gekommen. Diese sei aber rückläufig gewesen, eine Arbeitsunfähigkeit als ... habe nicht bestanden. Auszugehen sei von natürlichen Verschleisserscheinungen im Sinne eines Impingements aufgrund einer Konfliktsituation zwischen dem gekrümmten Akromion und der chronisch veränderten Subscapularissehne, für die eine überwiegende Kausalität nicht ausgewiesen sei. Auch die übrigen Sehnen der Rotatorenmanschette seien ausschliesslich degenerativ verändert. Die mehrmonatige Latenz zwischen einem "angenommenen" Ereignis, das nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe und den fehlenden unfallbedingten strukturellen Schäden spreche für die Annahme eines unfallunabhängigen Prozesses.

3.2.8 Der von Dr. med. F. _____ zu Händen der Beschwerdegegnerin am 17. April 2013 zugestellten Krankengeschichte des Beschwerdeführers lässt sich folgender Eintrag vom 19. März 2012 entnehmen (act. II 060): Schulter rechts nach Distorsion im Januar Schmerzen; falls persistierend MRI.

3.2.9 Mit im Rahmen des Einspracheverfahrens erstelltem Aktengutachten vom 13. Mai 2013 (act. II 066 ff.) hielt Dr. med. D. _____ in der Beurteilung (act. II 068 f.) fest, im MRI vom 14. August 2012 hätten sich ausschliesslich erhebliche degenerativ bedingte Veränderungen ergeben. Eine transmurale Ruptur einer Sehne der Rotatorenmanschette sei nicht nachgewiesen worden. Zum einen hätten chronische Tendinopathien sowohl der Supraspinatus- wie auch der Infraspinatussehne mit Veränderungen innerhalb der Sehne kurz vor ihrer Insertion am Tuberculum majus bestanden. Es handle sich damit um degenerativ bedingte sogenannte intrinsische Faktoren, die eine Pathologie und ein Impingement begünstigten. Diese Veränderungen entwickelten sich vor allem im Bereich der minder durchbluteten Sehne unmittelbar vor der Ansatzstelle am Oberarmknochen, wie dies beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sei. Es lägen innerhalb der Sehne beschriebene Partialrupturen vor. Diese seien altersbedingt degenerativ entstanden und nicht auf ein Ereignis zurückzuführen. Auch für die Subscapularissehne seien intratendinöse, d.h. innerhalb der Sehne liegende Signalanhebungen im Sinne einer intratendinösen Partialruptur

gesehen worden. Die Supraspinatussehne sei als aufgetrieben beschrieben worden (act. II 069).

Als sogenannter extrinsischer Faktor, der ebenfalls unfallunabhängig beim Beschwerdeführer vorliege, sei eine AC-Gelenksarthrose mit einem Akromion Typ III gesehen worden, d.h. es liege eine pathologische Krümmung des Akromions mit einer zusätzlichen AC-Gelenksarthrose vor, was wiederum auf die darunter vorbeilaufenden Sehnen einwirke und ebenfalls ein Impingement begünstige.

Beim Beschwerdeführer lägen also unfallunabhängig extrinsische und intrinsische Faktoren vor, die eine Schultergelenkspathologie und auch ein Impingement triggerten. Dementsprechend sei Prof. Dr. med. H. _____ auch davon ausgegangen, dass diese Konstellation einer kurativen Behandlung schwer zugänglich sei (act. II 069).

Intraoperativ habe Prof. Dr. med. H. _____ eine intakte Rotatorenmanschette gefunden. Damit sei auch eindeutig bewiesen, dass keine äussere Partialruptur bestanden habe. Dieser Befund entspreche den im MRI festgestellten intratendinösen Veränderungen. Hingewiesen werden müsse aber auch auf die Aufrauung des freien Randes der Subscapularissehne, etwa 1½ cm proximal von dessen Insertion. Schon der Begriff Aufrauung deute auf einen chronischen Reibeeffekt hin. Prof. Dr. med. H. _____ habe die Möglichkeit mit einbezogen, dass es sich möglicherweise um einen Reibeeffekt der Sehne gegen den vorderen oberen Akromionrand handeln könnte. Auch damit liege unfallunabhängig eine Pathologie vor, die bei der Innenrotation der Schulter zu Schmerzen führen könne (act. II 068).

In Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen hielt Dr. med. D. _____ fest, der Beschwerdeführer habe bei der ... (vom ...) einen Zwick in der rechten Schulter verspürt, der aber weder zur Arbeitsunfähigkeit noch zu einer zeitnahen Konsultation geführt habe. Zu einer Ruptur der Sehne der Rotatorenmanschette sei es nicht gekommen. Beziehe man eine Stauchung der Schulterregion mit ein, so könne man von einer kurzzeitigen Aktivierung einer AC-Gelenksarthrose ausgehen. Eine damit verbundene Schmerzproblematik habe aber nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit des auch im ... tätigen ... geführt.

Zu einer richtunggebenden Verschlimmerung sei es nicht gekommen. Dementsprechend sei bei der Operation vom ... auch keine AC-Gelenksresektion durchgeführt worden. Operativ sei der subakromiale Raum mit einer Akromioplastik erweitert worden. Der subakromiale Raum sei aufgrund degenerativ bedingter extrinsischer und intrinsischer Faktoren eingeengt gewesen (act. II 067).

Betreffend die Frage nach dem Eintritt des Status quo ante vel sine hielt Dr. med. D. _____ fest, die Beschwerdegegnerin sei in ihrer Verfügung vom 30. Januar 2013 davon ausgegangen, dass gemäss den Berichten des Hausarztes die Erstbehandlung am 8. August 2012 stattgefunden habe, so dass innerhalb der mehrmonatigen Latenz das Ereignis seine unfallkausale Bedeutung verloren gehabt hätte, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang nie gegeben gewesen sei. Dies müsse korrigiert werden, da der Hausarzt im Nachhinein den 19. März 2012 als Datum der Erstbehandlung der Schulterbeschwerden rechts angegeben habe und noch am 25. Mai 2012 eine Kenacort-Infiltration durchgeführt worden sei. Diese Abklärungs- und Behandlungsmassnahmen seien zu übernehmen. Spätestens mit dem MRI vom 14. August 2012 müsse aber von einem Status quo sine ausgegangen werden. Zu diesem Zeitpunkt hätten keine unfallbedingten Schäden mehr bestanden. Es seien weder Rupturen noch Partialrupturen noch Gelenkergüsse beschrieben worden. Dagegen hätten unfallunabhängig extrinsische wie intrinsische Faktoren vorgelegen, die zwangsläufig ein chronisches Impingement begünstigt hätten. Auch intraoperativ seien keine unfallbedingten Schäden aufgedeckt worden (act. II 066 f.).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.3.2 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.3 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. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

3.4 Soweit die Beschwerdegegnerin zunächst geltend macht, es könne offenbleiben, ob das Ereignis vom ... als Unfall oder unfallähnliche Körperschädigung zu qualifizieren sei, kann ihr nicht gefolgt werden, setzt doch die Leistungspflicht des Unfallversicherers einen Unfall (Art. 6 Abs. 1 UVG) bzw. ein unfallähnliches Ereignis (Art. 9 Abs. 2 UVV) unabdingbar voraus (vgl. E. 2.1 vorne). Anders könnte lediglich dann entschieden werden, wenn die Kausalität von Beginn weg verneint würde. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin indes ihre Leistungspflicht – wenn auch bloss

in zeitlich beschränktem Umfang – und damit auch das Vorliegen eines tatbestandsmässigen Ereignisses dem Grundsatz nach anerkannt.

3.5

3.5.1 Das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 13. Mai 2013 (act. II 066 ff.) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Dabei schadet nicht, dass es sich dabei um ein Aktengutachten handelt, konnte Dr. med. D. _____ seine Beurteilung doch auf einen bildgebend sowie intraoperativ und damit lückenlos erhobenen, im Übrigen grundsätzlich unbestrittenen Befund abstellen. Auch ergeben die Akten ein vollständiges Bild über die Anamnese sowie den Verlauf der rechtsseitigen Schulterbeschwerden. Seine Schlussfolgerung, wonach die seit dem ... geklagten Schulterbeschwerden rechts vorerst als durch das Ereignis vom ... bedingt zu betrachten sind und spätestens ab dem 14. August 2012 (Zeitpunkt der Untersuchung mittels MRI) von einem Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs und einer überwiegend wahrscheinlich krankheitsbedingten Pathologie auszugehen ist, leuchtet ein und ist mit Blick auf das im Aktengutachten dargelegte Argumentarium (vgl. E. 3.2.9 vorne) ohne weiteres nachvollziehbar (vgl. E. 3.4.2 vorne).

Nichts Anderes folgt aus den übrigen im Recht liegenden medizinischen Berichten, zumal sich diese nicht oder lediglich summarisch zur Frage der Kausalität äussern. Namentlich vermag der Umstand, wonach Dr. med. F. _____ im Arzteugnis UVG vom 4. Dezember 2012 (act. II 010) die Kausalität bejahte, keine von den Schlussfolgerungen von Dr. med. D. _____ abweichende Beurteilung zu rechtfertigen, hat Dr. med. F. _____ seine Auffassung doch nicht näher begründet. Jedenfalls vermag dieser Bericht keine – auch nur geringen – Zweifel am Beweiswert des Aktengutachtens vom 13. Mai 2013 zu begründen (vgl. E. 3.4.3 vorne).

3.5.2 Schliesslich vermögen sämtliche Vorbringen in der Beschwerde an der Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. D. _____ nichts zu ändern:

Zunächst trifft es zwar zu, dass Dr. med. D. _____ im Rahmen der als „Aktennotiz“ wiedergegebenen Einschätzung vom 13. Dezember 2012 (act. II 012 f.) von einem im Zeitpunkt der Erstbehandlung bereits

dahingefallenen Kausalzusammenhang ausgegangen war – was das Fehlen jeglicher Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bedeutet hätte –, wohingegen er im Aktengutachten vom 13. Mai 2013 den Status quo sine als spätestens im Zeitpunkt der Durchführung des MRI's am 14. August 2012 eingetreten postulierte. Diese Diskrepanz gründet im Umstand, dass Dr. med. D._____ bei seiner ersten Beurteilung davon ausging und – gestützt auf die damalige Aktenlage (act. II 010) – auch ausgehen durfte, die erste Behandlung beim behandelnden Arzt sei am 8. August 2012 erfolgt. Erst im Nachhinein stellte sich heraus, dass die erste Konsultation bei Dr. med. F._____ effektiv am 19. März 2012 (act. II 048; 060) stattfand, worauf Dr. med. D._____ denn auch ausdrücklich verweist (act. II 067). Die in zeitlicher Hinsicht unterschiedliche Kausalitätsbeurteilung ist somit sachlich und widerspruchsfrei begründet.

Ferner macht der Beschwerdeführer geltend, entgegen der Annahme von Dr. med. D._____ habe es sich bei der erfolgten ... vom ... gerade nicht um einen gesteuerten gezielten motorischen Ablauf gehandelt. Abgesehen davon, dass auch Dr. med. D._____ festhält, der genaue Geschehensablauf sei unbekannt (act. II 067), war für die Festlegung des Status quo sine der (hinreichend bekannte) Gesundheitsschaden an der rechten Schulter massgebend und nicht der Ereignishergang. Ebenso wenig ausschlaggebend ist die vom Beschwerdeführer als willkürlich bezeichnete Darstellung von Dr. med. D._____, wonach im Nachgang des Ereignisses vom ... nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Immerhin bleibt jedoch festzuhalten, dass präoperativ keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (act. II 002; 010) und sich für die in der Beschwerde vorgebrachte Hypothese einer nach dem Ereignis vom ... erfolgten Tätigkeitsverlagerung in den ... weder Hinweise in den Akten ergeben noch allfällige entsprechende Atteste des Arbeitgebers vom Beschwerdeführer ins Recht gelegt werden.

Schliesslich greift auch die Kritik, Dr. med. D._____ habe seine Schlussfolgerungen im Wesentlichen auf den MRI-Bericht vom 14. August 2012 abgestützt, was keine zuverlässige Grundlage bilde, ins Leere: Abgesehen davon, dass bei Schulterverletzungen das MRI eine (anerkannte) Möglichkeit apparativer Diagnostik darstellt (vgl. Entscheid des Bundesge-

richts [BGer] vom 2. Dezember 2011, 8C_632/2011, E. 4), gleich Dr. med. D._____ die entsprechenden Untersuchungsergebnisse auch mit den intraoperativen Befunden ab und hielt im Einklang mit den Ausführungen von Prof. Dr. med. H._____ im Operationsbericht vom 7. Dezember 2012 (act. II 011) fest, dass die Rotatorenmanschette nicht rupturiert bzw. intakt war. Die in der Beurteilung im MRI-Bericht vom 14. August 2012 beschriebene „intra-tendinöse Partialruptur im oberen Rand der Subscapularissehne“ hat Dr. med. D._____ – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde – durchaus berücksichtigt und sie den degenerativen, sogenannte intrinsischen Faktoren zugerechnet (act. II 069). An dieser Einschätzung vermögen auch die Berichte von Dr. med. E._____ (act. II 014 f.; 047) nichts zu ändern. Soweit mit der von ihm gestellten Diagnose „Partialruptur der Infraspinatussehne und Subscapularissehne rechts vom ...“ ein Ursache-Wirkung-Zusammenhang impliziert werden soll, so könnte darauf nicht abgestellt werden, liefe dies doch auf eine Argumentation „post hoc ergo propter hoc“ hinaus, was zum Nachweis des fraglichen Kausalzusammenhangs praxisgemäss unzureichend ist. Ferner bestehen in den Akten keine Hinweise noch werden seitens des Beschwerdeführers medizinische Berichte ins Recht gelegt, welche die Einschätzung von Dr. med. D._____ zu falsifizieren vermöchten. Alsdann sind von weiteren Abklärungen die intra-tendinösen Partialrupturen betreffend keine zusätzlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten: Zum einen ist die rechte Schulter inzwischen operativ versorgt, weshalb von einer Begutachtung zum vornherein keine neuen rechtserheblichen sachverhaltlichen Aspekte zu erwarten wären. Zum andern – und dies ist entscheidender – ist mittels MRI sowie intraoperativem Befund eine bestmögliche Objektivierung und Dokumentation des Gesundheitsschadens erfolgt, womit dem Untersuchungsgrundsatz in rechtsgenügender Weise Rechnung getragen wurde.

3.5.3 Aus dem Dargelegten folgt somit, dass – wie Dr. med. D._____ in ausführlicher und überzeugender Weise dargelegt hat – die Ursache der über den 14. August 2012 hinaus geklagten Beschwerden in der rechten Schulter überwiegend wahrscheinlich in einem degenerativen Verschleisschaden im Sinne chronischer Tendinopathien sowohl der Supraspinatus- wie auch der Infraspinatussehne mit Veränderungen innerhalb der Sehnen

sowie in einer das Impingement begünstigenden pathologischen Krümmung des Akromions mit einer zusätzlichen AC-Gelenksarthrose liegt.

3.6 Zusammenfassend ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass per 14. August 2012 der Status quo sine erreicht war, womit ab diesem Zeitpunkt kein Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung mehr bestand bzw. besteht.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Juni 2013 ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- 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.