

200 13 660 UV
SCJ/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juni 2014

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Fürsprecherin B. _____
Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Juni 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1953 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) verletzte sich am 15. Dezember 2005 beim Beladen eines Fahrzeugs an der linken Schulter. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA resp. Beschwerdegegnerin) verneinte ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung, da für das Unfallereignis keine Versicherungsdeckung bestehe (Antwortbeilagen der SUVA [AB] 20, AB 73 S. 1 f.).

Am 3. September 2012 zog sich der Versicherte bei einem Misstritt auf einer Treppe (mit Taschen in beiden Händen) eine Kontusion der linken Schulter zu (AB 4, AB 19). Die SUVA, bei welcher er gegen die Folgen von Unfällen versichert war, erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Nach Beizug verschiedener Arztberichte und Einholung eines Berichts beim Kreisarzt-Stellvertreter, Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 5. Oktober 2012 (AB 21), stellte die SUVA mit Verfügung vom 6. November 2012 (AB 33) die bisher erbrachten Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung) auf den 2. Dezember 2012 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Leistungen mit der Begründung, gemäss Beurteilung des Kreisarzt-Stellvertreters Dr. med. D._____ vom 5. Oktober 2012 heilten Kontusionsfolgen innert weniger Wochen, spätestens nach einigen Monaten aus. Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 40, AB 60) und nach weiteren ärztlichen Beurteilungen ihrer Abteilung Versicherungsmedizin, Kreisärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 26. November 2012 (AB 45) sowie Kreisarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 22. April 2013 und 27. Mai 2013 (AB 65, AB 73) mit Entscheid vom 19. Juni 2013 (AB 78) fest. Sie erwog hauptsächlich, aufgrund der kreisärztlichen Beurteilungen vom 5. Oktober 2012 und 27. Mai 2013 sei davon auszugehen, dass sich der Versicherte beim Unfall vom 3. September 2012 keine frischen strukturellen Läsionen zugezogen habe. Da entsprechende Läsionen bereits anlässlich der MRI-Untersuchung vom

26. Januar 2006 hätten festgestellt werden können, sei auch in Übereinstimmung mit der medizinischen Erfahrung davon auszugehen, dass durch die Schulterkontusion vom 3. September 2012 zwar eine vorübergehende Verschlimmerung des Schulterzustandes eingetreten sei, der Status quo sine aber nach drei Monaten wieder erreicht gewesen sei.

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin und Notarin B._____, am 24. Juli 2013 Beschwerde erheben und die Weiterausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen beantragen, unter Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. September 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 6. Dezember 2013 reichte der Beschwerdeführer den in der Beschwerde in Aussicht gestellten Operationsbericht der Klinik G._____ vom 29. Mai 2013 ein und hielt am gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit Duplik vom 4. März 2014 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest.

Am 12. März 2014 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aufforderungsgemäss ihre auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht beschränkte, detaillierte Kostennote ein.

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 vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. Juni 2013 (AB 78). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 3. September 2012 zu Recht auf den 2. Dezember 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 oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [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).

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).

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 Beweismwürdigung 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).

2.3 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).

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

2.4 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). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage - im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang - nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

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).

2.5 Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 3. September 2012 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (AB 4; vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den 2. Dezember 2012 hinaus geklagten Beschwerden in der linken Schulter in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Bericht des Spitals H._____ vom 26. Januar 2006 (AB 71) zur gleichentags durchgeführten Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter wurde eine deutliche Tendinopathie der Supraspinatussehne mit einem kleinen transmuralen Riss am ventralen Ansatz festgehalten. Auch die Infraspinatussehne sei tendinopathisch verändert, jedoch ohne Rissbildung. Es bestünden kleine subkortikale zystoide Läsionen der Tubercula, welche auf ein chronisches Geschehen hinweisen würden.

3.1.2 Im Bericht des Spitals H._____ vom 23. April 2008 (AB 68) wurde als Diagnose ein Status nach arthroskopischer Bicepsankerrefixation vom 14. März 2008, nach Bicepsankerläsion (SLAP II), genannt. Die Phy-

siotherapie (aktive und passive Mobilisation ohne Belastung) werde durch eine Aquatherapie ergänzt. Die Ellbogenmobilisation sei frei. Die Armschlinge solle nur noch bei Bedarf getragen werden. Eine nächste klinische Nachkontrolle finde in sechs Wochen statt.

3.1.3 Der Hausarzt, Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Arztzeugnis vom 26. September 2012 (AB 19) eine Kontusion der linken Schulter. Seit dem 3. September 2012 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Behandlungsabschluss werde voraussichtlich in vier Wochen erfolgen.

3.1.4 Im Bericht der Klinik G._____ vom 27. September 2012 (AB 18) zur gleichentags durchgeführten MRI-Untersuchung nativ der linken Schulter wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei kollabiert, als versucht worden sei, Kontrastmittel zu infiltrieren. Deshalb werde die Bildgebung ohne Kontrastmittel erstellt (AB 18 S. 1). Es bestünden eine Tendinose/Tendinitis der Supra- und Infraspinatussehne, eine ca. 50 %ige Oberflächenpartialruptur der Supraspinatussehne am Ansatz im mittleren bis dorsalen Drittel, eine ca. 50 %ige Unterflächenpartialruptur der Supraspinatussehne medial subacromial, eine 50 %ige Unterflächenläsion der Infraspinatussehne am Ansatz, eine ansatznahe Tendinose der Subscapularissehne, eine SLAP-Läsion (Labrum bei fehlender intrartikulärer Kontrastierung erschwert beurteilbar), eine AC-Arthrose sowie eine Bursitis. Weiter lägen degenerative Veränderungen des superioren Glenoids vor (AB 18 S. 2).

3.1.5 Der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 5. Oktober 2012 (AB 21) aus, am 27. September 2012 sei eine MRI-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt worden. Als Hauptbefund lägen eine 50 %ige Partialruptur der Supraspinatussehne sowie 50 %ige Unterflächenpartialruptur der Infraspinatussehne vor (AB 21 S. 3 f.). Der Befund der partiellen Ruptur der Rotatorenmanschette betreffe nicht die SUVA, weil er bereits mittels einer früheren MRI-Untersuchung und arthroskopisch am 7. Juni 2006 dokumentiert sei. Die mittels MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 27. September 2012 festgestellten Veränderungen (betreffend die Befunde an der Rotatorenmanschette) entsprächen den seit 2006 bekannten Befunden. Bei den beschriebenen zystischen Verände-

rungen im Sinne von Ganglien handle es sich um degenerative Veränderungen bei der Pathologie der Rotatorenmanschette. Zusammenfassend könne somit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Sturzes vom 3. September 2012 eine Kontusion der linken Schulter erlitten habe, ohne dass unfallbedingt eine strukturelle Läsion gesetzt worden sei. Kontusionsfolgen heilten innert weniger Wochen, spätestens nach einigen Monaten aus, so dass unabhängig von den geklagten Beschwerden der Status quo sine in drei Monaten erreicht sein werde (AB 21 S. 4).

3.1.6 Im Zwischenbericht vom 8. November 2012 (AB 38) nannte Dr. med. I. _____ als Diagnose eine Teilruptur der Supra- und Infraspinatussehne an der linken Schulter. Ende November 2012 sei eine Operation vorgesehen.

3.1.7 Dem Bericht der Orthopädischen Klinik J. _____ vom 19. November 2012 (AB 44) sind als Diagnosen eine Rotatorenmanschetten-Ruptur links sowie ein Status nach Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion rechts zu entnehmen. Bei einer klinisch und mittels MRI mässig verifizierten Rotatorenmanschetten-Ruptur links sei auch links eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion indiziert und notwendig. Es werde ein Operationstermin vereinbart.

3.1.8 Die Kreisärztin Dr. med. E. _____ führte am 26. November 2012 aus, dass die ausführliche Beurteilung des Kreisarzt-Stellvertreters Dr. med. D. _____ ihre Gültigkeit behalte (AB 45).

3.1.9 Im Arztzeugnis vom 24. Dezember 2012 (AB 58) hielt Dr. med. I. _____ fest, dass die MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 27. September 2012 eine 50 %ige Oberflächenpartialruptur der Supraspinatussehne und eine 50 %ige Unterflächenläsion der Infraspinatussehne zeige. Die im Jahr 2006 durchgeführte MRI-Untersuchung der linken Schulter habe eine Partialruptur der Supraspinatussehne ergeben. Die Frage, ob die mittels MRI vom 27. September 2012 festgestellten Läsionen frisch oder auf ein früheres Trauma zurückzuführen seien, lasse sich wohl erst intraoperativ verifizieren. Die jetzige Situation, welche wahrscheinlich mit

den beiden Ereignissen zu tun habe, könne als Traumatisierung einer bereits vorgeschädigten Schulter bezeichnet werden.

3.1.10 Der Kreisarzt Dr. med. F. _____ hielt am 22. April 2013 fest, dass die im Einspracheverfahren vorgebrachten Einwände an den Schlussfolgerungen des Kreisarzt-Stellvertreters Dr. med. D. _____ vom 5. Oktober 2012 nichts zu ändern vermöchten (AB 65).

Im Bericht vom 27. Mai 2013 (AB 73) führte der Kreisarzt aus, dass die SLAP-Läsion an der linken Schulter, welche am 14. März 2008 operativ behandelt worden sei, hier nicht Gegenstand der Diskussion bilde, weil diese Läsion nachweislich weder beim ersten noch zweiten Ereignis entstanden sein könne. Vorliegend beschränke sich die Diskussion auf die Pathologie betreffend die Rotatorenmanschette an der linken Schulter bezogen auf die beiden Ereignisse vom 20. Dezember 2005 und 3. September 2012 sowie auf die beiden MRI-Untersuchungen. Der Kreisarzt habe die Original-MRI-Bilder von 2006 und 2012 selber noch einmal angesehen und komme zum Schluss, dass die Tendinose der Supraspinatussehne bereits im MRI-Bild von 2006 zu sehen sei. Die beiden MRI-Untersuchungen seien nicht vergleichbar, da die erste mit dem Kontrastmittel Gadolinium und die zweite ohne das erwähnte Kontrastmittel durchgeführt worden seien. Die Argumentation des Rechtsvertreters in der Einsprachebegründung, welche vor allem auf dem Vergleich der beiden MRI-Befunde beruhe, sei damit hinfällig (AB 73 S. 4). Es sei erstaunlich, wenn ein medizinischer Laie MRI-Bilder erklären wolle, welche mit zwei verschiedenen Techniken hergestellt worden seien. Es würden hier Äpfel mit Birnen verglichen. Als Facharzt für orthopädische Chirurgie mit langjähriger Erfahrung in Schulterchirurgie habe der Kreisarzt hingegen die Kompetenz, diese Bilder zu beurteilen. Damit sei zusammenfassend klar, dass der Beurteilung des erfahrenen Kreisarzt-Stellvertreters Dr. med. D. _____ zu folgen sei, welche im Wesentlichen aussage, dass der pathologische Befund der Rotatorenmanschette an der linken Schulter von 2012 mit dem Befund von 2006 vergleichbar sei und demzufolge beim neuen Ereignis vom 3. September 2012 an der linken Schulter keine unfallbedingte strukturelle Läsion entstanden sei. Damit sei hinlänglich untermauert, dass sich der Beschwerdeführer am 3. September 2012 - medizinisch gesprochen - eine

Schulterkontusion zugezogen habe. Somit sei, wie von Dr. med. D._____ folgerichtig abgeleitet, spätestens drei Monate nach dem Ereignis von einem Status quo sine auszugehen (AB 73 S. 5).

3.1.11 Im Bericht der Klinik G._____ vom 3. Mai 2013 (AB 84 S. 12) wurde festgehalten, dass der Klinikeintritt für den 29. Mai 2013 geplant sei. Im Operationsbericht vom 29. Mai 2013 (Beschwerdebeilagen [BB] 3) wurde festgehalten, dass bereits im Jahr 2006 ein Riss in der Supraspinatussehne diagnostiziert worden sei. In der Folge seien eine Schulterarthroskopie mit Débridement und später eine Schulterarthroskopie mit Bicepsanker-Refixation durchgeführt worden. Im September 2012 sei der Beschwerdeführer auf einer Treppe gestürzt und habe seither stärkere Schmerzen verspürt. Mittels einer Arthro-MRI-Untersuchung sei nun der Nachweis einer vollständigen Ruptur der Supraspinatussehne erbracht. Aufgrund der Therapieresistenz sei die Indikation zur Sehnenrefixation gestellt worden. Als Diagnosen wurden eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne und eine Partialruptur der langen Bicepssehne links genannt.

3.2 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).

3.2.1 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).

3.2.2 Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen (Entscheid des Bundesgerichts vom 10. Februar 2014, 8C_653/2013, E. 4.1). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229 und 135 V 465 E. 4.4 S. 470, je mit Hinweisen).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. Juni 2013 (AB 78) massgeblich auf die reinen Aktenbeurteilungen des Kreisarzt-Stellvertreters Dr. med. D. _____ vom 5. Oktober 2012 (AB 21) und des Kreisarztes Dr. med. F. _____ vom 27. Mai 2013 (AB 73) gestützt, wonach sich der Beschwerdeführer am 3. September 2012 eine Schulterkontusion, ohne unfallbedingte strukturelle Läsion, zugezogen habe und spätestens drei Monate nach dem Ereignis von einem Status quo sine auszugehen sei (AB 21 S. 4, AB 73 S. 5). Diese Einschätzung beruht auf dem Ergebnis der MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 27. September 2012 (AB 18), wonach eine 50 %ige Oberflächenpartialruptur der Supraspinatussehne vorliegt, und der darauf basierenden kreisärztlichen Annahme, dass gegenüber den Befunden aus dem Jahr 2006 keine Veränderungen eingetreten seien (AB 21 S. 4). An dieser Beurteilung lässt der Operationsbericht der Klinik G. _____ vom 29. Mai 2013 (BB 3) Zweifel aufkommen. In diesem wird nämlich eine Ruptur (Riss) der Supraspinatussehne festgehalten und auf eine Arthro-MRI-Untersuchung verwiesen, welche den Nachweis einer vollständigen Ruptur der Supraspinatussehne erbracht habe. Hierbei handelt es sich offensichtlich nicht um den MRI-Befund vom 27. September 2012 (AB 18), der „bloss“ eine Partialruptur der Supraspinatussehne ergeben hat. Weiter lassen die Ausführungen des Kreisarztes Dr. med. F. _____ vom 27. Mai 2013 (AB 73) den MRI-Befund vom 27. September 2012 als zweifelhaft erscheinen. Der Kreisarzt selber hat Bedenken hinsichtlich der Aussagekraft des erwähnten MRI-Befundes geäussert, indem er ausführt, die besagte MRI-Untersuchung sei ohne das Kontrastmittel Gadolinium durchge-

führt worden, weshalb ein Vergleich mit dem früheren MRI-Befund vom 26. Januar 2006 (AB 71) nicht möglich sei (AB 73 S. 4). Ähnlich verhält es sich auch mit dem Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. I. _____ vom 24. Dezember 2012 (AB 58). Dieser hat darauf hingewiesen, dass sich die Frage, ob die mittels MRI-Untersuchung vom 27. September 2012 festgestellten Läsionen frisch oder auf ein früheres Trauma zurückzuführen seien, wohl erst intraoperativ verifizieren liessen (AB 58).

Das Abstellen auf die Berichte der versicherungsinternen Fachärzte ist - wie in E. 3.2.2 hiavor ausgeführt - dann zulässig, wenn auch keine geringen Zweifel an der Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen bestehen. Solche Zweifel vermag der Operationsbericht der Klinik G. _____ vom 29. Mai 2013 (AB 3) - wie oben dargelegt - ohne weiteres zu erwecken. Unter den gegebenen Umständen sind die Berichte des Kreisarzt-Stellvertreters Dr. med. D. _____ vom 5. Oktober 2012 (AB 21) und des Kreisarztes Dr. med. F. _____ vom 27. Mai 2013 (AB 73) nicht geeignet, die Kausalitätsfrage und damit die Frage der Leistungspflicht für die Zeit ab dem 2. Dezember 2012 zuverlässig zu beurteilen. Diesbezüglich helfen auch die übrigen Arztberichte nicht weiter, da sie ohne Kenntnis des Operationsberichts vom 29. Mai 2013 (BB 3) erstellt wurden.

3.4 Die Beschwerdegegnerin wird deshalb über den Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. September 2012 und den nach dem 2. Dezember 2012 anhaltenden Schulterbeschwerden unter Berücksichtigung des Operationsberichts der Klinik G. _____ vom 29. Mai 2013 (BB 3) sowie der vorgängig offenbar durchgeführten Arthro-MRI-Untersuchung erneut zu befinden haben. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Juni 2013 (AB 78) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein versicherungsexternes Gutachten einhole und anschliessend über die Frage der weiteren Leistungspflicht nach UVG neu verfüge.

Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdegegnerin zum Operationsbericht der Klinik G. _____ vom 29. Mai 2013 (BB 3) in ihrer Duplik nicht einlässlich Stellung genommen hat.

4.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Fürsprecherin und Notarin B. _____ vom 12. März 2014 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 1'825.20 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 19. Juni 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'825.20 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecherin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt eingereichten Akten)
- Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin (samt eingereichten Akten)
- Bundesamt für Gesundheit

Hinweis: *Im Falle einer Anfechtung dieses Entscheides sind die Akten dem Bundesgericht zuzustellen.*

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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