

200 14 202 UV
SCI/RUM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Oktober 2014

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. _____

Beschwerdeführer



gegen

SUVA

Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 27. Januar 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A. _____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war ab 1. Januar 2012 als ... bei der B. _____ angestellt und in dieser Funktion bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (fortan SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 7. März 2013 hatte der Versicherte am 5. März 2013 beim Demontieren eines Greifers mit dem Kopf am Greiferoberteil angestossen. Als Verletzungen wurden Prellungen am Schädel und Oberarm links angegeben (Dossier der SUVA, act. II 1). Die SUVA nahm die Abklärungen auf und richtete die gesetzlichen Leistungen aus (act. II 2). Nach Einholung einer kreisärztlichen Beurteilung vom 2. Januar 2014 (act. II 23) stellte die SUVA mit Verfügung vom 8. Januar 2014 die Versicherungsleistungen per 26. Januar 2014 mangels natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den weiterhin geklagten Beschwerden ein (act. II 26). Dagegen erhob der Versicherte am 17. Januar 2014 Einsprache (act. II 31). Nach Einholung eines Arztberichts der SUVA Versicherungsmedizin vom 21. Januar 2014 (act. II 33) wies die SUVA die Einsprache mit Entscheid vom 27. Januar 2014 ab (act. II 35).

B.

Mit Eingabe vom 26. Februar 2014 erhob der Versicherte Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 27. Januar 2014 und die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin namentlich mit Verweis auf einen Arztbericht der SUVA Versicherungsmedizin vom 22. Mai 2014 (Dossier der SUVA, act. IIA 1) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 19. Juni 2014 und Duplik vom 8. August 2014 bestätigten die Parteien je ihre Anträge und reichten weitere medizinische Unterlagen zu den Akten ein (Dossier des Beschwerdeführers, act. I 9 ff.; act. IIA 2 ff.).

In der Folge verzichteten die Parteien auf die Einreichung von Schlussbemerkungen.

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 27. Januar 2014. Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung und dabei insbesondere die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den geklagten Beschwerden.

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 Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls 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). Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

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). 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 blossе 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 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende 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, 2009 UV Nr. 3 S. 10 E. 2.2).

2.4 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, oh-

ne 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).

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.

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1 Gemäss Arztzeugnis vom 6. März 2013 bescheinigte der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 6. bis und mit 8. März 2013 (act. II 5/2).

Im Arztzeugnis UVG vom 20. November 2013 führte Dr. med. C._____ als Diagnosen ein Hämatom an der Ohrmuschel links und ein posttraumatisches Zervikalsyndrom auf. Die Behandlung habe Kühlung sowie Analgetika umfasst (act. II 11).

3.2 In der Anmeldung zur Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels und der Halswirbelsäule (HWS) vom 15. Mai 2013 verwies der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, auf ein Kopf-Nackentrauma vom 5. März 2013 mit persistierenden Kopfschmerzen links, Schulter-Nackenschmerzen und einer Einschränkung

der Beweglichkeit der unteren HWS links mit Knacken. Es sei bildgebend abzuklären, ob eine ossäre Läsion der Kalotte (initial Blutung im linken Ohr), eine contusio cerebri, ein Subduralhämatom und bezüglich der HWS eine traumatische Diskopathie der unteren LWS (korrekt: HWS [act. IIA 7/5 Mitte]) oder eine ossäre Läsion vorliege (act. I 11).

3.3 Gemäss dem Befundbericht der MRI-Untersuchung des Hirns vom 17. Mai 2013 bestehe abgesehen vom Nachweis einer kleinen atypisch drainierenden Vene in der Pons ohne Krankheitswert und einer kleinen temporalen Arachnoidalzyste rechts und links ein normentsprechender Befund des Neurokraniums, ohne posttraumatischen Veränderungen, ohne Raumforderung (act. II 17).

Im Befundbericht der MRI-Untersuchung der HWS vom 17. Mai 2013 wurde ein altersentsprechend normaler Befund der zervikalen Wirbelsäule festgehalten (act. II 18).

3.4 Gemäss dem Befundbericht der MRI-Untersuchung des Schultergelenks links vom 1. November 2013 hätten weder eine ossäre Läsion noch ein Knorpelschaden noch degenerative Veränderungen festgestellt werden können. Es bestünden eine diskrete Tendinopathie der Supraspinatussehne im Ansatzbereich, eine minimale Flüssigkeitsansammlung in der Bursa subacromialis/subdeltoidea, ein 7 mm durchmessendes perilabiales Ganglion inferior sowie Hinweise für eine Capsulitis (act. II 19).

3.5 Im Überweisungsschreiben vom 8. November 2013 hielt Dr. med. D. _____ fest, der Beschwerdeführer habe am 5. März 2013 ein Kopf-Nackentrauma erlitten. Nun persistierten Schulterschmerzen links vor allem bei Abduktion. Die veranlasste MRI-Untersuchung zeige ein diskretes, 7 mm messendes Ganglion am Glenoidalrand inferior und einen kleinen Riss des Labrum glenoidale caudal. Die Schmerzen seien aber vor allem in der Trapezius- und Supraspinatus-Muskulatur lokalisiert. Die Beschwerden bestünden bereits seit sieben Monaten und hätten auch unter physiotherapeutischer Behandlung nicht gebessert (act. II 8).

3.6 Im Bericht vom 22. November 2013 des Spitals X. _____ führte Dr. med. E. _____, Oberarzt Orthopädie, als Diagnose einen Verdacht auf eine AC-Gelenkspathologie der Schulter links nach Anpralltrauma bzw.

differentialdiagnostisch eine Bursitis subacromialis, auf. In der MRI vom 1. November 2013 zeige sich als Nebenbefund ein perilabiales Ganglion, das die Schmerzen wahrscheinlich nicht erkläre, und zusätzlich eine leichte Bursitis subacromialis. Das AC-Gelenk selbst zeige keine Flüssigkeitsansammlung. Seit der nach dem Unfall vom 5. März 2013 unklaren Situation könne auch bildgebend keine sichere Korrelation zu den Beschwerden festgestellt werden. In der klinischen Untersuchung zeige sich vor allem ein schmerzhaftes AC-Gelenk. Die Bewegungsamplitude sei völlig unauffällig, sodass eine (posttraumatische) Capsulitis ausgeschlossen werden könne. Es werde eine Infiltration des linken AC-Gelenks empfohlen (act. II 12).

3.7 Im Bericht vom 2. Januar 2014 hielt der SUVA-Kreisarzt, Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, fest, die geklagten Beschwerden an der linken Schulter seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 5. März 2013 zurückzuführen. Der Beschwerdeführer habe eine Kontusion der Schulter erlitten. Es lägen keine strukturellen Schäden vor. Der Status quo sine bei der Impingementkonstellation sei bis August 2013 erreicht worden (act. II 23).

3.8 Im Bericht der SUVA-Versicherungsmedizin vom 21. Januar 2014 führten die Dres. med. G._____, und H._____, Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, aus, der Beschwerdeführer habe im Rahmen des Unfalls keine strukturellen Läsionen der linken Schulter erlitten. Die MRI-Aufnahmen zeigten ein Ganglion im unteren Bereich des unteren Glenoids. Dieses stelle keine Unfallfolge dar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten die Unfallfolgen ab August 2013 keine Rolle mehr gespielt. Eine vorübergehende Verschlechterung habe zu Beschwerden geführt, die bis August 2013 abgeklungen seien. Im Bereich der HWS und des Kopfs seien keine weiteren Behandlungen mehr notwendig (act. II 33/3 f.).

3.9 Im Bericht vom 15. Januar 2014 führte Dr. med. I._____ als Diagnosen einen Verdacht auf eine Diskusverletzung, einen Status nach Infiltration und einen Verdacht auf eine AC-Gelenkspathologie Schulter links nach Anpralltrauma im März 2013 bzw. differentialdiagnostisch eine Bursitis subacromialis auf. Bei zweimalig gut ansprechender Infiltration,

aber wiederkehrenden Schmerzen sei eine AC-Gelenkspathologie sehr wahrscheinlich. Dem Beschwerdeführer werde eine Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression und AC-Gelenksarthroskopie empfohlen (act. II 36).

Gemäss Operationsbericht vom 6. Februar 2014 führte Dr. med. I. _____ am 6. Februar 2014 an der linken Schulter eine diagnostische Schulterarthroskopie, subacromiale Dekompression und Exzision des AC-Gelenks mit Abtragen der lateralen Clavicula durch (act. II 48).

3.10 Im Bericht vom 22. Mai 2014 der SUVA Versicherungsmedizin führte Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, im Wesentlichen aus, gemäss der Unfallmeldung vom 7. März 2013 sei der Beschwerdeführer zwei Tage zuvor mit dem Kopf an einem Maschinenteil angeprallt und habe sich den Kopf und Oberarm links geprellt. Prellungen ohne strukturelle Verletzungen verursachten nach allgemeiner Lebenserfahrung während vier bis sechs Wochen Beschwerden. Aufgrund der zeitnahen Untersuchungsberichte der erstbehandelnden Ärzte sei dokumentiert, dass die Prellungsfolgen im erwarteten Zeitraum abgeklungen seien. Die MRI der HWS und des Schädels vom 17. Mai 2013 zeigten keine strukturellen Unfallfolgen. Die MRI der linken Schulter vom 1. November 2013 zeige ebenfalls keine Verletzungsfolgen, jedoch degenerative Veränderungen, insbesondere eine Arthrose des AC-Gelenks, was anlässlich der ersten orthopädisch-chirurgischen Untersuchung vom 22. November 2013 bestätigt worden sei. Im Bericht vom 15. Januar 2014 habe Dr. med. I. _____ erstmals den Verdacht auf eine Diskusverletzung geäussert, ohne diesen weiter zu begründen. Eine unfallbedingte Verletzung des Discus articularis sei nur bei echten Luxationen des AC-Gelenks möglich. Im Operationsbericht vom 6. Februar 2014 habe Dr. med. I. _____ den Verdacht auf eine Diskusverletzung nicht mehr erwähnt und auch die Bilder der Arthroskopie im Subacromialraum zeigten nichts dergleichen. Im Gegenteil habe Dr. med. I. _____ im Operationsbericht bestätigt, dass die cranialen Bänder intakt seien, was beweise, dass sicher keine AC-Luxation stattgefunden habe. Anlässlich der Arthroskopie vom 6. Februar 2013 seien allseits normale Verhältnisse im Glenohumeralgelenk, insbesondere keine Verletzungsfolgen, gefunden

worden. Mit der Bursaresektion und der Passage-Erweiterung sei nichts anderes als ein unfallfremder Zustand operiert worden. Demnach seien die nach April 2013 geklagten Beschwerden an der linken Schulter nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 5. März 2013 zurückzuführen (act. IIA 1/5 ff.).

3.11 Im Bericht vom 13. Juni 2014 hielt Dr. med. D. _____ fest, er könne den Ausführungen von Dr. med. J. _____, wonach der Fallabschluss bereits im März 2013 erfolgt sei, nicht folgen. Die Begründung, der Beschwerdeführer habe vom 3. April bis 8. November 2013 keine therapeutischen Massnahmen gehabt, sei falsch, zumal er in dieser Zeit mehrmals in hausärztlicher und einmal wöchentlich in physiotherapeutischer Behandlung gestanden habe. Infolge persistierender, therapieresistenter Schulterschmerzen seien diese Anfang November mittels MRI und beim Orthopäden genauer abgeklärt worden. Zudem sei in der Anmeldung zur MRI des Schädels und der HWS vom 15. Mai 2013 als Indikation für die Untersuchung auf Schulter-, Nackenschmerzen sowie auf eine Einschränkung der Beweglichkeit der unteren HWS links hingewiesen worden. Sowohl die Kopf-, HWS- und Schulterschmerzen dürften im kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 5. März 2013 stehen. Im MRI-Bericht Schulter links werde denn u.a. auch ein Riss im Labrum glenoidale und eine Capsulitis beschrieben, was beides als Unfallfolge gedeutet werden könne. Anders sei nicht zu erklären, weshalb der Beschwerdeführer vor dem Unfalltag keinerlei Schulterschmerzen gehabt habe (act. I 9).

3.12 Im Bericht vom 25. Juli 2014 der SUVA Versicherungsmedizin hielt Dr. med. J. _____ ergänzend fest, aufgrund der neu vorgelegten hausärztlichen Krankengeschichte seien die Ausführungen im Bericht vom 22. Mai 2014 dahingehend zu präzisieren, dass in den Akten des Hausarztes bis am 15. Mai 2013 (Anmeldung zur MRI des Schädels und der HWS) Beschwerden der linken Schulter erwähnt würden. Jedoch lasse sich über den Charakter und das Ausmass dieser Schulterbeschwerden aufgrund der Einträge in der Krankengeschichte nichts aussagen. Angaben über funktionelle Einschränkungen seien ebenso wenig dokumentiert wie Beschreibungen über Prellungsmarken, Hämatome, Schürfungen oder Deformationen im Schulterbereich. Aus den neu vorgelegten Akten gehe weiter hervor,

dass vom 15. Mai bis 24. Oktober 2013 keine Schulterprobleme links dokumentiert seien, sondern vor allem über HWS-Beschwerden geklagt worden sei. Sieben Monate nach dem Ereignis habe der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur bestanden, der jedoch weder hinsichtlich der Beschwerden noch der klinischen Untersuchungsbefunde weiter erläutert worden sei. In der MRI der rechten (korrekt: linken [act. II 19]) Schulter vom 1. November 2013 habe eine Rotatorenmanschettenruptur ausgeschlossen werden können. Die vom Hausarzt im Bericht vom 13. Juni 2014 erwähnte Rissbildung im Labrum glenoidale könne aufgrund der MRI-Bilder vom November 2013 nicht bestätigt werden. Dies decke sich mit dem Arthroskopie-Bericht vom 6. Februar 2014, in welchem die Rissbildung nicht mehr beschrieben worden sei. Dem Arthroskopie-Bericht sei zu entnehmen, dass weder eine retraktile Capsulitis noch eine Glenoidverletzung vorgelegen hätten. Insgesamt zeigten die Bilder überhaupt keine Unfallfolgen. Hingegen sei dokumentiert, dass eine subacromiale Bursa reseziert und die subacromiale Passage erweitert worden seien. Bursa- und subacromiale Passage-Einengung seien degenerative Veränderungen und nicht Unfallfolgen, wie in der Beurteilung vom 22. Mai 2014 dargelegt worden sei. An der Beurteilung vom 22. Mai 2014 könne festgehalten werden (act. IIA 7/6 f.).

4.

Auf der Basis der vorstehend zitierten Arztberichte ist zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 5. März 2013 Folgendes festzuhalten:

4.1 Zum Unfallhergang wurde in der Unfallmeldung vom 7. März 2013 festgehalten, beim Demontieren eines Greifers sei der Beschwerdeführer mit dem Kopf am Greiferoberteil angestossen (act. II 1). Exakt dieselbe Beschreibung wurde später in der (im vorliegenden Verfahren allerdings ausserhalb des Streitgegenstands liegenden) Rückfallmeldung vom 11. Februar 2014 wiederholt (act. II 40). Auch in der Krankengeschichte des Hausarztes Dr. med. D. _____ (Eintrag vom 8. März 2013; act. IIA 3) und im Arztzeugnis UVG des erstbehandelnden Arztes Dr. med. C. _____ (ausgestellt am 20. November 2013) wurden allein ein Anprall am Kopf

festgehalten. Gemäss den weiteren Angaben im Arztzeugnis UVG hatte Dr. med. C. _____ am 6. März 2013, d.h. einen Tag nach dem Unfallereignis, eine Schwellung am Ohr, ein Hämatom an der Ohrmuschel links und ein posttraumatisches Zervikalsyndrom festgestellt. Die Behandlung umfasste die Kühlung der betroffenen Körperstellen und die Abgabe von Analgetika (act. II 11). Die Angaben von Dr. med. C. _____ stehen mit den Angaben in der Unfallmeldung vom 7. März 2013 im Einklang, wonach der Beschwerdeführer einzig Prellungen des Schädels und Oberarms erlitten hat (act. II 1). Vor diesem Hintergrund ist denn auch nachvollziehbar, dass der Hausarzt Dr. med. D. _____ nach eigenen Angaben ab 8. März 2013 primär eine Kopf- und Nackenproblematik behandelte (vgl. Einträge in der Krankengeschichte vom 8. März bis und mit 24. Oktober 2013 [act. IIA 3/1-3] sowie act. IIA 7/3-5). Es mag zutreffen, dass sich die Gewichtung der Beschwerden im weiteren Verlauf der Behandlung verändert hat. Es liegen jedoch keine Anzeichen vor, dass insbesondere der erstbehandelnde Arzt Dr. med. C. _____ den Beschwerdeführer nicht lege artis – d.h. auch den Schulterbereich betreffend – auf direkt sichtbare Verletzungen untersucht hätte. Äusserlich sichtbare Verletzungen im Bereich der Schulter bzw. des Arms, die eine strukturelle Schädigung der Schulter auch nur ansatzweise erklären könnten, wurden von Dr. med. C. _____ nicht festgehalten (act. II 11). Selbst der Hausarzt Dr. med. D. _____ machte zu keinem Zeitpunkt geltend, solche Verletzungen festgestellt zu haben (act. IIA 3, 7/4 unten). Dabei ist zu beachten, dass für traumatische Verletzungen der Schulter bei einem reinen Anpralltrauma (d.h. kein Verdrehen oder Reißen am Arm) immerhin auch in diesem Bereich Hämatome zu erwarten gewesen wären.

Somit ist bereits aufgrund der ersten Untersuchungsergebnisse der Dres. med. C. _____ und D. _____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 5. März 2013 allein Prellungen ohne weitergehende strukturelle Schädigungen erlitten hatte. So bestätigten denn insbesondere auch die beiden MRI des Hirns und der HWS vom 17. Mai 2013 altersentsprechende Normalbefunde (act. II 17 f.).

Keine Bedeutung kommt im vorliegenden Fall den im Verlauf immer dramatischeren Darstellungen, insbesondere zuletzt jener der Ehefrau, zu. Danach soll die Schnellwechslerplatte runtergefallen sein und den Beschwerdeführer mit voller Wucht an Kopf und Schulter getroffen und ihn mit voller Kraft zu Boden geworfen haben, sodass, hätte das Gerät genau senkrecht aufgetroffen, er wohl nicht mehr leben würde (act. II 38). Würde diese Darstellung der Ehefrau stimmen, wären massiv schwerere Verletzungen festgestellt worden, als die letztlich von den Ärzten echtzeitlich als auch später im Mai 2013 bildgebend erhobenen Befunde (act. II 17-19) belegen.

4.2 Wie bereits festgehalten wurde, klagte der Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall primär über Kopf- und Nackenbeschwerden und die Untersuchungen fokussierten auf den Bereich Kopf und Hirn (act. IIA 3/1-3, 7/3-5).

Erst im November 2013 wurde das Schultergelenk bildgebend untersucht. Im Befundbericht vom 9. Dezember 2013 erwähnte der untersuchende Arzt ein Ganglion, ausgehend von einem Riss des Labrum glenoidale caudal, sowie Hinweise auf eine Capsulitis, schloss gleichzeitig jedoch posttraumatische Veränderungen ausdrücklich aus. Die im Weiteren festgestellte Flüssigkeitsansammlung in der Bursa subacromialis/subdeltoidea (Bursitis subacromialis) führte er auf ein diskretes subacromiales Impingement bei etwas flachem Acromion zurück (act. II 19). Bei einem subacromialen Impingement-Syndrom, auch subacromiales Engpasssyndrom genannt, handelt es sich um eine Funktionsbeeinträchtigung des Schultergelenks durch Irritation der Rotatorenmanschette und der Bursa subacromialis unter dem Acromion aufgrund degenerativer Veränderungen (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 1005; ENGELHARDT [Hrsg.], Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie, zu den Stichworten „Bursitis subacromialis“ und „Outlet-Impingement“, abrufbar unter www.lexikon-orthopaedie.com). Anlässlich der Schulterarthroskopie und -operation vom 6. Februar 2014 bestätigte sich allein das Vorliegen einer Bursitis bei einer auf degenerative Veränderungen zurückzuführenden subacromialen Engpass-Situation. Dagegen war die Rotatorenmanschette in allen Anteilen intakt. Eine vom Hausarzt in der Krankengeschichte notierte Ruptur derselben (Eintrag vom 24. Oktober 2013), die allenfalls ein Hinweis auf eine unfallbedingte Proble-

matik hätte sein können, liess sich nicht feststellen (act. II 48/1). Bezüglich der Capsulitis (Schultersteife, frozen shoulder [ENGELHARDT a.a.O., zum Stichwort „frozen shoulder]) hatte Dr. med. I. _____ bereits in seinem ersten Bericht vom 22. November 2013 eine solche ausdrücklich ausgeschlossen und zudem eine nach wie vor unklare Korrelation zwischen den MRI-Befunden und den geklagten Beschwerden festgehalten (act. II 12). Dies stimmt durchaus mit den Ausführungen des Hausarztes im Überweisungsschreiben vom 8. November 2013 überein, wonach er damals die im Bereich der Trapezius- und Supraspinatus-Muskulatur lokalisierten Schmerzen mit den bildgebenden Befunden ebenfalls nicht hatte in Einklang bringen können (act. II 8). Es vermag deshalb nicht zu überzeugen, wenn sich der Hausarzt in der Stellungnahme vom 13. Juni 2014 zur Beschwerdeantwort nunmehr sinngemäss auf den Standpunkt stellt, der im MRI-Befundbericht festgehaltene Labrumriss und die Capsulitis seien direkt durch den Unfall verursacht worden und letzterer somit für die Beschwerden ursächlich (act. I 9/2). Gemäss dem Operationsbericht vom 6. Februar 2014 stellte Dr. med. I. _____ anlässlich der Operation überhaupt keine unfallkausalen Verletzungen, namentlich keinen Labrumriss und keine Capsulitis, fest. Auch die von Dr. med. I. _____ vor der Operation noch vermutete unfallbedingte AC-Pathologie mit Verdacht auf eine Diskusverletzung (act. II 36) bestätigte sich nicht. Festgestellt und operativ beseitigt wurde, wie bereits erwähnt, eine Bursitis bei subacromialer Engpass-Situation (act. II 48), was mithin – wie Dr. med. J. _____ in den Berichten vom Mai und Juli 2014 nachvollziehbar und schlüssig festgehalten hat – allein einen krankhaften degenerativen Zustand darstellt (act. IIA 1/8, 7/7).

4.3 Die Einschätzung der beiden Kreisärzte Dres. med. G. _____ und H. _____, beides Fachärzte für Orthopädie, vom 21. Januar 2014 (act. II 33) basierte auf einer vollständigen Aktenlage. Eine Aktenbeurteilung war ohne weiteres zulässig und hinreichend (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Die Beurteilung ist zudem in medizinischer Hinsicht nicht zu beanstanden. Sie stimmt mit der Sachlage überein, ist nachvollziehbar und schlüssig, was insbesondere durch die einlässlichen und wissenschaftlich belegten, im Gerichtsverfahren aufgelegten Berichte von Dr. med. J. _____ (act. IIA 1, 7) überzeugend bestätigt wird. Die im Schreiben des Hausarztes vom 13. Juni 2014 (act. I 9) geäuss-

serte Kritik an den Berichten von Dr. med. J. _____ verfährt nicht. Auch wenn Letzterer mangels bis dahin bei der SUVA dokumentierter weiterer hausärztlicher Behandlungen zunächst in Unkenntnis der diversen hausärztlichen Termine war, ändert dies an der Überzeugungskraft seiner Beurteilungen nichts. Sie stehen – mit Blick auf das in E. 4.1 f. hiavor Dargelegte – in Übereinstimmung mit der Aktenlage. Zu beachten ist schliesslich, dass der Hausarzt immer noch von – selbst vom behandelnden Facharzt Dr. med. I. _____ – ausgeschlossenen Krankheitsbildern ausgeht (Labrumriss, Capsulitis).

Nach dem Dargelegten ist entsprechend den Beurteilungen von Dr. med. J. _____ vom Mai und Juli 2014, in Übereinstimmung mit der Beweislage eine unfallkausale Verletzung bzw. eine unfallkausale Ursache für die Bursitis subacromialis und die (anlagebedingte) Engpass-Situation im Subacromialraum (Impingement) ausgeschlossen. Der angefochtene Einspracheentscheid, womit die Leistungseinstellung per 26. Januar 2014 bestätigt wurde, erging somit zu Recht. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht zum Vornherein kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

3. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- SUVA
- 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.