

200 15 165 UV
SCJ/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Dezember 2015

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch lic.iur. **B.** _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 14. Januar 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist seit dem 1. Februar 1999 bei der C._____ als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der SUVA [act. II] 1). Am XX.XX.2012 spürte der Versicherte während der Arbeit beim ... einen Schlag in der rechten Schulter und er bemerkte, dass etwas riss (act. II 8). Von ärztlicher Seite wurde eine insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-Sehne am Humerus rechts diagnostiziert und eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 11, 20). Mit Schreiben vom 20. Juni 2012 anerkannte die SUVA die Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (act. II 13). Ab dem 30. Juli 2012 war der Versicherte wieder voll arbeitsfähig und die Behandlung wurde am 6. September 2012 abgeschlossen, wobei er noch regelmässig im Bereich der rechten Brust einen leicht stechenden Schmerz spürte und die Kraft noch etwas reduziert war (act. II 23).

B.

Am 21. Februar 2013 begab sich der Versicherte wegen erneut verstärkten Schmerzen in der rechten Schulter in ärztliche Behandlung, woraufhin am 12. März 2013 bei Verdacht auf eine Bizepssehnentendinitis rechts eine Schulterinfiltration durchgeführt wurde (act. II 36, 37). Am 13. März 2013 liess der Versicherte der SUVA durch seine Arbeitgeberin melden, er habe seit mehreren Monaten wieder Schmerzen in der rechten Schulter bzw. an der Bizepssehne (act. II 33). Mit Schreiben vom 10. April 2013 teilte die SUVA dem Versicherten mit, zwischen dem Ereignis vom 24. Mai 2012 und den gemeldeten Beschwerden bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang, es handle sich bei einer Bizepssehnentendinitis um eine unfallfremde Erkrankung, weshalb die SUVA nicht leistungspflichtig sei (act. II 40). Mit einem weiteren Schreiben vom 14. Mai 2013 hielt die SUVA

an ihrer Leistungsverweigerung fest und führte aus, zwischen der inzwischen sicher vernarbten Partialruptur des Pectoralis und einer Bizepssehnenentendinitis, welche bisher nicht objektiviert worden sei, könne kein Kausalzusammenhang festgestellt werden; kernspintomographisch sei die Partialruptur der Pectoralismuskulatur nicht zweifelsfrei gesichert (act. II 43).

C.

Am 29. bzw. 30. April 2014 ersuchte der Versicherte die SUVA telefonisch bzw. schriftlich unter Hinweis auf eine spezialärztliche Beurteilung um eine neue Prüfung seines Falles (act. II 48, 49, 51). Nach Einholung einer versicherungsmedizinischen Beurteilung verneinte die SUVA mit Verfügung vom 28. Mai 2014 ihre Leistungspflicht in Bezug auf die am 13. März 2013 gemeldeten Beschwerden im rechten Oberarm (act. II 57, 59). Die dagegen erhobene Einsprache wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 14. Januar 2015 ab, dies nachdem sie beim Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin eine chirurgische Beurteilung eingeholt hatte (act. II 62, 70, 71).

D.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch lic.iur. B. _____, am 16. Februar 2015 Beschwerde und beantragte, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides seien als Folge des versicherten Ereignisses vom 25. (richtig: 24.) Mai 2012 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere Taggelder auszurichten und Heilbehandlungskosten zu übernehmen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung auszurichten, alles unter Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Eingabe vom 18. März 2015 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 16. März 2015 ein und ersuchte um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 30. April 2015 hielt der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise gestellten Anträgen fest.

Am 1. Juli 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik den Antrag auf Abweisung der Beschwerde, wobei sie sich bereit erklärte, im Zusammenhang mit der Operation vom 29. Juli 2014 für einen Teil des Eingriffs (offene Naht und Rekonstruktion sternaler Anteil Pectoralis major-Sehne) die Kosten zu übernehmen. Die Kostenübernahme für den anderen Teil der erwähnten Operation (Schulterarthroskopie, Bizepssehnenentese, Oberflächennaht Infraspinatussehne und sparsame AC-Gelenkresektion Schulter rechts) lehnte sie hingegen ab.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. Juli 2015 erwog der Instruktionsrichter, falls sich der Beschwerdeführer der Auffassung der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der teilweisen Kostenübernahme für die Operation vom 29. Juli 2014 anschliessen sollte, von einem gemeinsamen Antrag auszugehen wäre und das Verfahren ohne Weiterungen durch ein Urteil mit einer Kurzbegründung erledigt werden könnte. Gleichzeitig gab er dem Beschwerdeführer Gelegenheit für eine abschliessende Stellungnahme.

Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 23. September 2015 grundsätzlich an den beschwerdeweise gestellten Anträgen fest, wobei er ergänzend beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie über ihre Leistungspflicht (Taggeld, Heilbehandlungskosten) als Folge der von ihr im gerichtlichen Verfahren anerkannten Unfallfolgen neu befinde. Gleichzeitig reichte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss eine auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht beschränkte, detaillierte Kostennote ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 9. November 2015 stellte der Instruktionsrichter die Eingabe des Beschwerdeführers vom 23. September 2015 der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zu.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrechtergangen. 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 14. Januar 2015 (act. II 71). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die am 13. März 2013 als Folge des Ereignisses vom 24. Mai 2012 gemeldeten Beschwerden. Dabei ist der Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 14. Januar 2015 zu beurteilen (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

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). Die Unfallversicherer haben auch Versicherungsleistungen für die in der Verordnung abschliessend aufgezählten unfallähnlichen Körperschädigungen zu übernehmen, sofern diese nicht eindeutig auf Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG; Art. 9 Abs. 2 lit. a – h der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Dabei müssen sämtliche Begriffsmerkmale eines Unfalles mit Ausnahme der Ungewöhnlichkeit erfüllt sein. Besondere Bedeutung kommt hierbei der Voraussetzung eines äusseren Ereignisses zu, d.h. eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles (BGE 129 V 466 E. 2.2 S. 467).

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).

2.3 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 blosser 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).

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). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.5 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c).

2.6 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).

2.7 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftrag rechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

2.8 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.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte am 10. September 2012 (act. II 23) als Diagnose eine insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-Sehne am Humerus rechts vom 24. Mai 2012 auf. Er hielt fest,

der Beschwerdeführer sei per 30. Juli 2012 wieder arbeitsfähig. Obwohl er voll einsatzfähig sei, spüre er regelmässig im Bereich der rechten Brust einen leicht stechenden Schmerz. Die Kraft sei noch etwas reduziert. Die Behandlung werde abgeschlossen. Der Beschwerdeführer sei noch einmal über die Verletzung aufgeklärt worden. Insbesondere sei eine persistierend leicht reduzierte Kraft des M. pectoralis major bei leicht veränderter axialer Falte erklärbar. Der Beschwerdeführer werde sich bei Beschwerdepersistenz wieder vorstellen.

3.2 Am 25. April 2013 berichtete Dr. med. E. _____ (act. II 41), beim Beschwerdeführer bestehe der Verdacht auf eine Bizepssehnentendinitis im Rahmen einer Pulleyläsion, welche auf den Unfall vom 24. Mai 2012 zurückzuführen sei. Damals habe sich der Beschwerdeführer eine insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-Sehne rechts zugezogen. Seither bestehe ein asymmetrisches Brustmuskelrelief. Der Beschwerdeführer habe bereits nach dem Unfall vom Mai 2012 Schmerzen über dem proximalen Oberarm rechts angegeben. Diese seien trotz ausgedehnter physiotherapeutischer Behandlung nie ganz verschwunden. Aufgrund der Beschwerdepersistenz habe er sich im Februar 2013 zur erneuten Kontrolle vorgestellt. Dabei sei die Indikation zur diagnostisch therapeutischen Infiltration in der rechten Schulter gestellt worden.

3.3 Im Bericht vom 30. April 2014 (act. II 49) führte Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, die folgenden Diagnosen auf:

Posttraumatisches/distorsionelles Schulterschmerzsyndrom rechts mit/bei

- vollständiger Ruptur der Pectoralis major-Sehne
- klinisch Bicepssehnentendinopathie
- möglicher Unterflächenpartialruptur der Infraspinatussehne
- subacromialem Impingement mit Bursitis
- AC-Gelenksarthralgie/aktivierte Arthrose

Prof. Dr. med. F. _____ hielt fest, am 24. Mai 2012 sei es zu einem plötzlichen Reißen in der rechten Schulter gekommen beim Versuch, eine verrostete Leitungsmutter zu lösen. Die Pectoralis major-Ruptur sei konservativ behandelt worden (wahrscheinlich erst sekundär erkannt). Trotz viel Physiotherapie und expectativer Haltung habe sich die Situation bis

anhin nicht verbessert. Es habe kein beschwerdefreies Intervall bestanden. Die Symptomatik sei seit anfangs Jahr zunehmend. Seit Februar bestehe eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Es liege ein komplexes, aktuell chronifiziertes Schmerzsyndrom vor, welches auf der Grundlage einer Pectoralis major-Ruptur entstanden sei.

3.4 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 26. Mai 2014 (act. II 57) führte Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, der Beschwerdeführer habe beim Lösen von Schrauben einen Schlag im rechten Oberarmmuskel verspürt. Eine Schultersonographie (act. II 35) habe eine Bizepssehnenruptur rechts ausgeschlossen und habe den Verdacht einer partiellen Ruptur der Supraspinatussehne ergeben. Diese Verdachtsdiagnose habe mit Arthro-MRI vom 30. Mai 2012 ausgeschlossen werden können (act. II 34). Hierin sei jedoch eine Bizepssehnentendinitis bzw. eine partielle muskulotendinöse Ruptur festgestellt worden. Nach bildgebend beschriebener Pectoralis-Ruptur rechts könne ein kausaler Zusammenhang zur Bizepssehnentendinitis nicht bestätigt werden, zumal auch das Spital ... vage bleibe und nur vom Verdacht einer Bizepssehnentendinitis spreche. Auch die Aussagen von Prof. Dr. med. F. _____ liessen keinen kausalen Zusammenhang zwischen der Pectoralis major-Ruptur und einem intraartikulären Schmerzproblem des rechten Schultergelenks erkennen. Die bildgebenden Befunde im zeitnahen Zusammenhang zum Unfallereignis schlossen eine Rotatorenmanschettenruptur wie auch eine Bizepssehnenruptur aus. Darüber hinaus sei auch die Ruptur des Musculus pectoralis bildgebend nicht sicher beurteilt worden. Es bleibe somit bei der bisherigen Stellungnahme einer fehlenden Rückfallkausalität.

3.5 In der chirurgischen Beurteilung vom 6. Januar 2015 (act. II 70) hielt med. pract. H. _____, Facharzt für Chirurgie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der SUVA fest, ein zeitnah durchgeführtes MRI (act. II 34) der rechten Schulter zeige keine Pathologie im Bereich der Rotatorenmanschette, an der langen Bizepssehne oder im Schultergelenk. Allerdings weise man eine ausgedehnte Flüssigkeitsansammlung, die vereinbar mit einem Hämatom sei, in den ventralen Weichteilen der Schulter nach. Diese werde als Folge einer partiellen muskulotendinösen Ruptur des Musculus

pectoralis major gedeutet. Die lange Bicepssehne werde in allen Untersuchungen jeweils als intakt und anatomisch korrekt liegend beschrieben. Bei dem gut fünf Monate später gemeldeten Rückfall bestehe eine vollständig andere Symptomatik. Es werde ein Druckschmerz im Bereich des Sulcus bicipitalis beschrieben und als Bizepssehnentendinitis gedeutet. In dem daraufhin durchgeführten MRI der rechten Schulter (act. II 68) finde diese Diagnose keine Bestätigung. Die lange Bizepssehne werde als vollständig unauffällig beschrieben. Allerdings beschreibe der Radiologe Hinweise für eine „aktivierte Arthrose“ des Acromioclaviculargelenkes. Eine spezielle Darstellung des Musculus pectoralis major in allen Anteilen unterbleibe mit dieser Untersuchung, es würden aber Anteile des Muskels als „regelrecht“ beschrieben (als Hinweis für eine lediglich partielle Ruptur). Damit werde die Diagnose einer vollständigen Ruptur des Pectoralis major-Sehne unwahrscheinlich. Es seien keine Begleitverletzungen bei den zeitnah zum Ereignis durchgeführten Untersuchungen (Sonographie und MRI [act. II 34, 35]) dargestellt worden. Der anfangs im Rahmen der Sonographie geäußerte Verdacht auf einen Riss der Supraspinatussehne könne im nachfolgenden MRI nicht bestätigt werden. Prof. Dr. med. F. _____ beschreibe Beschwerden und Diagnosen eines Verschleissleidens im Bereich der rechten Schulter. Er nenne insbesondere eine aktivierte Arthrose im Acromioclaviculargelenk, ein subacromiales Impingement mit Bursitis, eine Bizepssehnentendinopathie sowie eine mögliche Unterflächenpartialruptur der Infrapinatussehne. Dabei handle es sich um von der Ruptur des Muskels vom 24. Mai 2012 unabhängige Krankheitsbilder. Diese könnten nicht mit der insertionsnahen partiellen Ruptur des Musculus pectoralis major in Verbindung gebracht werden. Die operative Reinsertion des Musculus pectoralis major beim Beschwerdeführer, wie von Prof. Dr. med. F. _____ empfohlen, sei nicht sinnvoll. Eine Operation sei aufgrund von Folgen des Ereignisses vom 24. Mai 2012 nicht erforderlich. Zusammenfassend hielt med. pract. H. _____ fest, die insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-Sehne rechts vom 24. Mai 2012 sei mit gutem funktionellem Ergebnis und ohne grösseren Kraftverlust unter konservativer Behandlung zur Abheilung gekommen. Die mit Rückfallmeldung vom 13. März 2013 genannten Beschwerden sowie die in der Folgezeit aufgetretenen Veränderungen im Bereich der rechten Schulter (aktivierte AC-Gelenksarthrose, Reizung der langen Bizepssehne und Einklemmen, ein Impingement) könn-

ten nicht auf die Verletzung zurückgeführt werden. Die gemeldeten Schulterbeschwerden seien nicht auf das Ereignis vom 23. (richtig: 24.) Mai 2012 zurückzuführen.

3.6 Am 16. März 2015 führte Dr. med. D._____ die folgenden Diagnosen auf (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4):

- Chronische zwei Jahre alte Ruptur sternaler Anteil pectoralis major Sehne rechts nach traumatischem Ereignis, Oberflächenläsion Infraspinatussehne, ausgedehnte SLAP II Läsion, beginnende AC-Gelenksarthrose Schulter rechts mit:
 - Schulterarthroskopie, Bizepssehnenentodese, Oberflächennaht Infraspinatussehne, sparsame AC-Gelenksresektion Schulter rechts sowie offene Naht und Rekonstruktion sternaler Anteil pectoralis major Sehne am 29. Juli 2014

Dr. med. D._____ hielt fest, aus orthopädischer Sicht sei eine reine Beurteilung aufgrund der Aktenlage vorliegend völlig unzureichend. Der Beschwerdeführer sei am 29. Juli 2014 aufgrund persistierender Beschwerden und Schwäche bei chronischer Ruptur des kompletten sternalen Anteils des Pectoralis major und sekundären, sich im Verlauf entwickelnden Schulterproblemen operiert worden. Im postoperativen Verlauf zeige sich heute eine fast vollständig regrediente Beschwerdesymptomatik, bei verbessertem Bewegungsausmass und deutlicher Kraftzunahme im Bereich des M. pectoralis major, bei einer inzwischen 90 %-igen Arbeitsfähigkeit seit 16. März 2015. Wie auch durch Prof. Dr. med. F._____ festgehalten worden sei, sei eine Operation des Beschwerdeführers bei einer kompletten Ruptur des sternalen Anteils des Pectoralis major (welcher 80 % des gesamten Pectoralis major ausmache) indiziert gewesen, selbst im chronischen Fall, wie die zitierten Publikationen zeigten. Weiter seien die vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden klar auf das Unfalereignis vom 23. Mai 2012 zurückzuführen. Zudem werde dringend eine gutachterliche Beurteilung des Beschwerdeführers empfohlen.

3.7 In der chirurgischen Beurteilung des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der SUVA vom 24. Juni 2015 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIa] 1) führten PD Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und med. pract. H._____ aus, die insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-

Sehne rechts vom 24. Mai 2012 sei zwar laut ärztlichem Bericht des Dr. med. E. _____ mit gutem funktionellem Ergebnis ohne grösseren Kraftverlust unter konservativer Behandlung zur Abheilung gekommen, die am 29. Juli 2014 durchgeführte Reinsertion des sternalen Anteils der Pectoralis major-Sehne am Oberarmknochen habe jedoch nach Angaben der operierenden Ärztin gut acht Monate später zu einer deutlichen Kraftzunahme im Bereich des Musculus pectoralis major und damit zu einer Verbesserung der Unfallfolgen geführt. Dieser Teil des Eingriffs vom 29. Juli 2014 könne daher ex post als sinnvoll bezeichnet werden. Die insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-Sehne vom 24. Mai 2012, aufgrund einer gewollten Anspannung des Muskels beim Lösen einer verrosteten Schraube entstanden, habe jedoch nicht zu einer Verletzung von anderen Strukturen an der rechten Schulter oder dem Schultergelenk, insbesondere nicht zu einer Oberflächenläsion der Infraspinatussehne, einer ausgedehnten SLAP-II-Läsion, einer beginnenden AC-Gelenksarthrose, einem Impingementsyndrom oder einem Schaden an der langen Bizepssehne geführt. Damit sei weder die Schulterarthroskopie, die Bizepssehnenodese noch die Oberflächennaht der Infraspinatussehne oder die sparsame AC-Gelenksresektion an der Schulter rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund von Unfallfolgen notwendig gewesen. Die vorliegenden klinischen Befunde verschiedener Untersucher sowie die vorliegende bildgebende Diagnostik erlaubten eine ausreichende Beurteilung des Falles auch ohne die von Dr. med. D. _____ geforderte Beurteilung des Beschwerdeführers, der zudem von ihr bereits am 29. Juli 2014 operiert worden sei. Eine gutachterliche Untersuchung zum jetzigen Zeitpunkt würde bezüglich der Kausalität keine zusätzlichen Informationen bringen. Zusammenfassend hielten die Mediziner fest, der Bericht mit der Erwähnung der Operation vom 29. Juli 2014 ändere etwas an der chirurgischen Beurteilung vom 6. Januar 2015 von med. pract. H. _____. Von Dr. med. D. _____ werde von einer Verbesserung der Kraft des Musculus pectoralis major durch diese Operation berichtet. Somit sei die Reinsertion der Sehne erfolgreich gewesen. Eine Verbesserung gegenüber dem Zustand nach anfänglich konservativer Behandlung sei damit eingetreten. Damit könne dieser Teil der Operation ex post als sinnvoll bezeichnet werden. Die mit Rückfallmeldung vom 13. März 2013 gemeldeten Schulterbeschwerden

rechts seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 24. Mai 2012 zurückzuführen.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, die am 13. März 2013 gemeldeten Beschwerden seien kausal zum Ereignis vom 24. Mai 2012, wobei dies bei fehlendem Fallabschluss nach wie vor unter dem Grundfall und nicht als Rückfall zu prüfen sei, so dass für das allfällige Fehlen eines Kausalzusammenhangs die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liege (Beschwerde S. 6 ff.; Replik S. 3 ff.). Demgegenüber macht die Beschwerdegegnerin geltend, es liege eine Rückfallkonstellation mit Beweislast beim Beschwerdeführer vor und der Kausalzusammenhang zwischen den fraglichen Beschwerden und dem betreffenden Ereignis sei zu verneinen, wobei jedoch die Kosten für einen Teil des Eingriffs vom 29. Juli 2014 zu übernehmen seien (Beschwerdeantwort S. 3 ff.; Duplik S. 2 ff.).

4.2 In der chirurgischen Beurteilung vom 6. Januar 2015 (act. II 70) führt med. pract. H. _____ unter den Schlussfolgerungen aus, die insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-Sehne rechts vom 24. Mai 2012 sei mit gutem funktionellem Ergebnis ohne grösseren Kraftverlust unter konservativer Behandlung zur Abheilung gekommen. Die Einschätzung, wonach die insertionsnahe Partialruptur der Pectoralis major-Sehne ohne Folgen abgeheilt sei, erweist sich als zumindest zweifelhaft, macht doch Prof. Dr. med. F. _____ in seinem Bericht vom 30. April 2014 (act. II 48) geltend, die Pectoralis major-Ruptur sei ursprünglich konservativ behandelt worden; trotz viel Physiotherapie und expectativer Haltung habe sich die Situation bis anhin aber nicht verbessert und es habe kein beschwerdefreies Intervall bestanden. Auch Dr. med. D. _____ weist mit Bericht vom 16. März 2015 (act. I 4) darauf hin, der Beschwerdeführer sei schlussendlich am 29. Juli 2014 aufgrund persistierender Beschwerden und Schwäche bei chronischer Ruptur des kompletten sternalen Anteils des Pectoralis major operiert worden.

Die Beurteilung des med. pract. H. _____ mag darauf zurückzuführen sein, dass er aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht

wusste (vgl. act. II 70/1 – 5), dass die Partialruptur der Pectoralis major-Sehne bereits am 29. Juli 2014 operativ angegangen worden war (act. I 4; act. IIa 2).

Unter diesen Umständen kann die zwischen den Parteien umstrittene Frage letzten Endes offen bleiben, ob ein im Frühjahr 2013 gemeldeter Rückfall mit vorgängigem Fallabschluss vorliegt oder ob es aufgrund von ununterbrochenen Beschwerden immer noch um die Behandlung des Grundfalles geht. Denn auch wenn von einem Rückfall auszugehen wäre, müsste die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 24. Mai 2012 sowie den im Frühjahr 2013 erneut gemeldeten Schulterbeschwerden rechts angesichts der Diagnose einer – in der Folge als operationswürdig betrachteten – Partialruptur der Pectoralis major-Sehne zumindest im Sinne einer Teilursache (vgl. E. 2.3 hiervor) ohne weiteres als gegeben erachtet werden. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht von Dr. med. E. _____ vom 10. September 2012 (act. II 23) trotz der seit Ende Juli 2012 wieder vollumfänglich bestehenden Arbeitsfähigkeit regelmässig einen leicht stechenden Schmerz im Bereich der rechten Brust verspürte und der gleiche Arzt am 25. April 2013 (act. II 41) von einer anhaltenden Beschwerdepersistenz berichtete.

4.3 Zwischen den Parteien herrscht keine Einigkeit darüber, ob sämtliche der im Frühjahr 2013 gemeldeten und in der Folge bis zum Einspracheentscheid vom 14. Januar 2015 anhaltenden Schulterbeschwerden oder nur ein Teil davon auf den Unfall vom 24. Mai 2012 zurückzuführen sind.

PD Dr. med. I. _____ und med. pract. H. _____ vom SUVA - Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin machen in ihrer Stellungnahme vom 24. Juni 2015 (act. IIa 1) geltend, die im Operationsbericht vom 30. Juli 2014 (act. IIa 2) erwähnten Diagnosen Oberflächenläsion Infrapinatussehne, ausgedehnte SLAP II-Läsion und beginnende AC-Gelenksarthrose seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu bezeichnen, wogegen Prof. Dr. med. F. _____ davon ausgeht, es liege ein komplexes Schmerzsyndrom vor, welches auf der Grundlage einer Pectoralis major-Ruptur entstanden sei (act. II 48). Auch Dr. med. D. _____ führte am 16. März 2015 aus (act. I 4), die Operation

vom 29. Juli 2014 sei aufgrund persistierender Beschwerden und Schwäche bei chronischer Ruptur des kompletten sternalen Anteils des Pectoralis major und sekundären sich im Verlaufe entwickelnden Schulterproblemen erfolgt.

4.4 Angesichts der unterschiedlichen Beurteilung hinsichtlich der Ursache der am 30. Juli 2014 operierten Beschwerden kann nicht ohne weiteres auf die Stellungnahme der Ärzte der Beschwerdegegnerin vom 24. Juni 2015 (act. IIa 1) abgestellt werden. Dies gilt umso mehr, als die vorliegenden Akten offensichtlich nicht vollständig sind und insbesondere keine ärztlichen Angaben über die sich aus der Leistungszusammenstellung vom 1. April 2015 der Krankenversicherung des Beschwerdeführers, der ..., ergebenden Behandlungen in der Zeit zwischen dem Arthro-MRI der rechten Schulter vom 2. Mai 2013 (act. II 68) sowie dem Bericht von Prof. Dr. med. F. _____ über die Konsultation vom 29. April 2014 (act. II 49) enthalten (act. I 5). Immerhin weist Prof. Dr. med. F. _____ auf eine seit Februar 2014 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 50 % hin (act. II 49) und gemäss Aufstellung der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers, der ..., vom 23. September 2015 (act. I 6) war der Beschwerdeführer vom 5. August 2014 bis 31. Dezember 2014 zu 100 % arbeitsunfähig, dies jedoch mit Ausnahme des Monats September 2014, in welchem keine Arbeitsunfähigkeit bestand. Die Ursachen dieser Arbeitsunfähigkeiten sind allerdings unklar. Sodann finden sich auch keine aus der Zeit vor dem Unfall vom 24. Mai 2012 stammenden Akten, welche die Frage nach einem allfälligen Vorzustand beantworten lassen würden.

Damit bestehen (mindestens geringe) Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, was dazu führt, dass weitere Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 2.7 hier-vor). Dies gilt umso mehr, als auch die Beurteilungen von Prof. Dr. med. F. _____ vom 30. April 2014 (act. II 49) und Dr. med. D. _____ vom 16. März 2015 (act. I 4) nicht genügend schlüssig sind, um gestützt darauf eine hinreichend zuverlässige Kausalitätsbeurteilung vornehmen zu können.

4.5 Die Streitsache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine externe Begutachtung veranlassen kann, welche Auskunft

darüber gibt, welche Behandlungen genau im Anschluss an die Rückfallmeldung vom März 2013 erfolgt sind und inwiefern diese – sowie eine allfällige Arbeitsunfähigkeit – natürlich kausal auf den Unfall vom 24. Mai 2012 zurückgeführt werden können. In diesem Zusammenhang sind die Akten der Krankenkasse sowie der Krankentaggeldversicherung beizuziehen, wie dies in der Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 23. September 2015, S. 2 f., geltend gemacht wird.

4.6 Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Januar 2015 ist aufzuheben. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung, was auch den Entscheid über eine allfällige Integritätsentschädigung zu umfassen hat (vgl. Eventualbegehren in der Beschwerde vom 16. Februar 2015).

5.

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

5.2 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. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Mit der Kostennote vom 23. September 2015 macht lic.iur. B. _____ einen Aufwand von 13.5 Stunden à Fr. 280.-- bzw. ein Honorar von Fr. 3'780.-- plus Auslagen von Fr. 151.20 zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % (von Fr. 3'931.20) im Betrag von Fr. 314.49, total Fr. 4'245.70, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 4'245.70 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 14. Januar 2015 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. 4'245.70 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - lic.iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA
 - Bundesamt für Gesundheit

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.