

200 15 417 UV  
MAW/BOC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 21. Dezember 2015**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Bossert

**KPT Krankenkasse AG**  
Recht, Postfach 8624, 3001 Bern  
Beschwerdeführerin

gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

in Sachen

**A.**\_\_\_\_\_

betreffend Einspracheentscheid vom 25. März 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1949 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war befristet vom 3. bis 19. Juli 2013 bei der B. \_\_\_\_\_ als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert. Am 29. Juli 2013 meldete der Versicherte der SUVA ein Schadenereignis vom 19. Juli 2013, wonach ihm beim Anheben eines schweren Balkens mit der rechten Hand dieser abgerutscht sei und er ihn mit der linken Hand aufgefangen habe, wodurch er einen Schlag bzw. einen reissenden Schmerz in der linken Schulter verspürt habe (Akten der SUVA, Antwortbeilage [AB] 1, 6, 90). Mit Schreiben vom 26. August 2013 verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht, da weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege (AB 18). Daran hielt sie mit Schreiben vom 13. September 2013 fest, nachdem der behandelnde Arzt um eine erneute Prüfung des Falles gebeten hatte (AB 22, 25). Am 29. Oktober 2013 musste sich der Versicherte einer Operation an der linken Schulter unterziehen (AB 42), weshalb er die SUVA erneut um Prüfung ihrer Leistungspflicht ersuchte (AB 34).

Mit Verfügung vom 15. November 2013 (AB 43) verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht weiterhin unter Hinweis auf das Fehlen eines Unfalls oder einer unfallähnlichen Körperschädigung. Nachdem der Versicherte und seine Krankenversicherung, die KPT Krankenkasse AG (nachfolgend: KPT bzw. Beschwerdeführerin) dagegen Einsprache erhoben hatten (AB 45 f., 50), konsultierte die SUVA (erneut) den Kreisarzt (AB 51) und richtete formlos Leistungen aus (AB 57, 59).

Nachdem sich beim Versicherten nach der Operation neue Schmerzen entwickelt hatten (AB 75), liess ihn die SUVA am 15. April 2014 kreisärztlich untersuchen (AB 91) und verfügte am 24. April 2014 (AB 96) den Fallabschluss bzw. die Leistungseinstellung per 2. Mai 2014, da die (weiterhin) bestehenden Beschwerden nicht unfallbedingt, sondern krankhafter Natur seien. Nach einer erneuten Einsprache der KPT (AB 101, 105) holte

die SUVA medizinische Unterlagen ein, darunter ein radiologisches Fachgutachten von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, vom 28. Oktober 2014 (AB 131), eine Stellungnahme der KPT (AB 142) sowie eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der SUVA vom 18. März 2015 (AB 143).

Die von der KPT erhobene Einsprache wies die SUVA mit Entscheid vom 25. März 2015 ab (AB 144).

## **B.**

Mit der dagegen erhobenen Beschwerde vom 11. Mai 2015 beantragt die KPT, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Leistungspflicht der SUVA für das „Unfallereignis“ vom 19. Juli 2013 sei zu bejahen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung wird hauptsächlich geltend gemacht, das Rückkommen der Beschwerdegegnerin auf ihre Leistungspflicht sei unzulässig. Der Beschwerde war unter anderem eine Beurteilung des Leiters des vertrauensärztlichen Dienstes der KPT, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Herz- und thorakale Gefässchirurgie FMH sowie Gefässchirurgie FMH (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 25), beigelegt.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 14. Oktober 2015 und Duplik vom 16. November 2015 halten die Parteien an ihren Anträgen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 25. März 2015 (AB 144). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 19. Juli 2013 zu Recht auf ihre Leistungspflicht zurückgekommen ist und die Versicherungsleistungen per 2. Mai 2014 eingestellt hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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** 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).

**2.3** Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

**2.4** Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei

richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. In gleichem Sinne ist auch hinsichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

### 3.

**3.1** Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Leistungsablehnung insbesondere auf die orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2015 (AB 143). Darin wurde festgehalten, es werde beurteilt, ob eine Bandläsion vorliege und ob es sich bei der diagnostizierten SLAP-Läsion um eine solche mit Sehnenbeteiligung handle. Zu den Bandläsionen gab Dr. med. D. \_\_\_\_\_ an (AB 143 S. 11), Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten vom 28. Oktober 2014 (AB 131) ausgeführt, dass die Bandstrukturen intakt seien und Normvarianten vorlägen. Die Beschwerdeführerin halte in ihrer Einsprachebegründung vom 20. Dezember 2013 fest, der Hauptbefund im Bereich des zu beurteilenden Schultergelenks stelle die Läsion des mittleren glenohumeralen Ligaments (= Bandläsion) gemäss Operationsbericht vom 29. Oktober 2013 dar. Diese Aussage lasse sich anhand des OP-Berichts nicht nachvollziehen. Bandläsionen seien weder in der Diagnoseliste des OP-Berichts aufgenommen noch im Rahmen des diagnostischen Teils der Operation beschrieben worden. Auch seien keine stabilisierenden Massnahmen im Bereich der Bänder durchgeführt worden. Die Intaktheit der Kapselbandstrukturen werde durch das fachradiologische Gutachten von Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ bestätigt. Bei den Veränderungen, die im ersten fachradiologischen Befundbericht inkonsistent beschrieben worden seien, handle es sich um Normvarianten. Die Diagnose „g. Bandläsionen“ der Liste nach Art. 9 Abs. 2 UVV (unfallähnliche Körperschädigungen) sei im zu beurteilenden Fall für das linke Schultergelenk nicht zu stellen. Zu den SLAP-Läsionen gab Dr. med. D. \_\_\_\_\_ an (AB 143 S. 16), Prof. Dr. med. C. \_\_\_\_\_

führe in seiner fachradiologischen Expertise vom 28. Oktober 2014 (AB 131) aus, entsprechend der Klassifikation nach Snyder liege eine SLAP-Läsion Typ II vor, bei welcher die Integrität des Übergangs Knochen zur Bizepssehne nicht beeinträchtigt sei. Zusätzlich bestehe laut Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine Ausdehnung in das posteriore Labrum. Posterior, also hinten, setze die Bizepssehne nicht an; sie habe ihren Ursprung am Übergang vom vorderen zum hinteren Rand des Glenoid. Da Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ für diesen Bereich eine Läsion des Typs III, also ohne Sehnenbeteiligung, beschreibe, könne gefolgert werden, dass der Ursprung der langen Bizepssehne nicht geschädigt sei. Im zu beurteilenden Fall sei der Ursprung der langen Bizepssehne, der sog. Bizepsanker, nicht mit dem Labrum abgelöst; es liege keine Sehnenläsion vor. Zusammenfassend wurde festgehalten (AB 143 S. 19), unter Berücksichtigung der intraoperativen Befunde, der körperlichen Untersuchungsbefunde und der Bildgebung, zu welcher Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ein fachradiologisches Gutachten erstellt habe, liege weder ein Sehnenriss noch eine Bandläsion vor. Die im Schreiben der Beschwerdeführerin aufgeführten Gesundheitsschäden „schmerzhafte Kapsulitis“ und „Labrumläsion“ im posterioren Abschnitt seien ebenfalls nicht in der Liste nach Art. 9 Abs. 2 UVV aufgeführt.

**3.2** Der Leiter des vertrauensärztlichen Dienstes der KPT, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, führte zur Leistungsverweigerung der Beschwerdegegnerin am 10. Mai 2015 aus (BB 25), anlässlich der Anerkennung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin am 30. Dezember 2013 sei diese Entscheidung unter folgenden Umständen getroffen worden: In den Unterlagen seien keine Anhaltspunkte vorhanden, dass anlässlich der Beurteilung die MRI-Bilder durch den Kreisarzt eingesehen worden seien bzw. hätten eingesehen werden können. Somit sei die Beurteilung einzig auf dem schriftlichen Befund des Radiologen erfolgt. Der beurteilende Kreisarzt habe keine korrekte Kenntnis der internen Vorgaben zur Interpretation der SLAP-Läsion: Er spreche von SLAP II und III, welche eine Leistungspflicht darstellen würden. Die Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin habe jedoch beschlossen, SLAP II und IV (nach Snyder) als Leistungspflicht anzuerkennen, da in diesen Fällen der Bizepsanker abgerissen sei. Die Beurteilung des Kreisarztes sei sowohl fachlich (es liege eine SLAP IIB-Läsion nach Morgan vor) wie auch formal (falsche Zitierung der internen Vorga-

ben) falsch. Insgesamt liege hier eine fahrlässige (keine Neu Beurteilung der MRI-Bilder) wie auch fachlich unqualifizierte medizinische Beurteilung vor (der Kreisarzt kenne die versicherungsmedizinisch wichtigen Eigenheiten der SLAP-Läsionen nicht). Die Aufarbeitung des Falls durch das radiologische Fachgutachten wie auch den versicherungsmedizinischen Dienst des Kompetenzzentrums der Beschwerdegegnerin beruhe nicht auf neuen Erkenntnissen, sondern nur auf der korrekten Beurteilung und nachfolgender Diagnosestellung anhand der alten Unterlagen. Die erneute Bildgebung vom 22. Oktober 2014 zeige nur ein mangelhaftes Operationsresultat, welches die beklagten Beschwerden als natürliche Kausalität in Abfolge des Eingriffs erklärten. Die Beschwerdegegnerin versuche nun die weiterhin bestehende Kostenpflichtigkeit durch die Neuinterpretation respektive korrekte Beurteilung des initialen Befundes abzuwenden. Die aktuelle Beurteilung sei in keiner Weise durch neue Untersuchungen notwendig geworden. Ganz im Gegenteil, habe man doch aus den alten Unterlagen diejenigen Informationen abgeleitet, welche die initiale Falschbeurteilung widerlegen könnten. Somit könne Folgendes festgehalten werden: Die Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin beruhe auf einer medizinischen Fehlbeurteilung sowohl der damals vorliegenden Bildgebung wie auch einer mangelhaften Interpretation der internen Vorgaben der Beschwerdegegnerin. Die aktuelle Beurteilung mit konsekutiver Ablehnung der Kostenpflicht beruhe gänzlich auf dem gleichen bildgebenden Material (MRI STS Thun, 30. Juli 2015 [richtig: 2013]) und es seien in keiner Art und Weise neue Erkenntnisse zum Sachverhalt beigebracht worden. Die korrekte Diagnose hätte mühelos anhand der initialen Bildgebung gemacht werden können.

#### **4.**

**4.1** An sich ist unbestritten und dies zu Recht, dass der Beschwerdeführer am 19. Juli 2013 keinen Unfall erlitten hat, da sich damals nichts Ungewöhnliches ereignet hat (AB 1, 6, 90; vgl. E. 2.1 hiervor). Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Rechtsbegehren beantragt, die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für das „Unfallereignis“ vom 19. Juli 2013 sei zu bejahen. Die Beschwerdeführerin hat in der Begrün-

dung nie geltend gemacht, es sei von einem Unfall auszugehen, sondern sie hat sich von Anfang an auf den Standpunkt gestellt, es liege eine unfallähnliche Körperschädigung vor (vgl. Einsprache vom 20. Dezember 2013 S. 4 [AB 50]). Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht gestützt auf das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung bejaht (vgl. AB 51).

Die medizinische Abklärung im zweiten Einspracheverfahren hat indessen ergeben, dass keine Listenverletzung (Art. 9 Abs. 2 UVV) vorgelegen hat (vgl. AB 143 i.V.m. AB 131). Dies wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten, hat der Leiter von deren vertrauensärztlichem Dienst, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, in der Stellungnahme vom 10. Mai 2015 (BB 25) doch festgehalten, die Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin beruhe auf einer medizinischen Fehlbeurteilung sowohl der damals vorliegenden Bildgebung wie auch einer mangelhaften Interpretation der internen Vorgaben der Beschwerdegegnerin.

**4.2** Damit stellt sich nur noch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, gestützt auf die neue Erkenntnis die Leistungseinstellung zu verfügen. Die Beschwerdeführerin richtet ihre Argumentation praktisch ausschliesslich darauf, diese Frage zu verneinen. Sie macht im Wesentlichen geltend, die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 380 (vgl. E. 2.4 hiavor) sei nur in bestimmten Fällen anwendbar, so wenn bei einer Bagatellunfallanzeige ohne weitere Abklärungen des Tatbestandes Leistungen ausgerichtet worden seien und erst bei späteren Nachforschungen das Fehlen des Unfalltatbestandes bemerkt worden sei. Weiter könne die adäquate Kausalität – bei allen Unfällen (ob Bagatelle oder nicht) – ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision ex nunc et pro futuro verneint werden, da üblicherweise erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses geprüft werde, ob die geklagten Beschwerden zum Unfall adäquat kausal seien. Sodann sei die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 380 anwendbar, wenn es sich um einen Unfalltatbestand handle, dessen eingehende Prüfung längere Zeit beanspruche und von zusätzlichen Feststellungen abhängige. Keine dieser drei Varianten sei vorliegend erfüllt. Bereits von Beginn weg seien Abklärungen vorgenommen worden und die Leistungspflicht sei dann auch

erst im Einspracheverfahren anerkannt worden. Weiter sei weder die adäquate Kausalität strittig, noch handle es sich um einen Unfalltatbestand, dessen eingehende Prüfung längere Zeit beanspruche (Beschwerde S. 6, Replik S. 3). Es würde gegen die Rechtssicherheit und das Vertrauensprinzip verstossen, wenn die Beschwerdegegnerin nach der Anerkennung der Leistungspflicht – ohne dass neue medizinische Fakten aufgetreten seien – ohne Weiteres auf ihre Entscheidung zurückkommen könne (Beschwerde S. 7). In der Replik, S. 4, weist die Beschwerdeführerin zudem darauf hin, dass sich der medizinische Sachverhalt seit der Leistungszusage nicht mehr verändert habe; dass keine unfallähnliche Körperschädigung vorgelegen habe, sei bereits im Jahr 2013 ersichtlich gewesen.

**4.3** Ist Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, kann der Unfallversicherer diese – wenn materiell begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (für den vorliegenden Fall vgl. E. 4.1 hiervor) – ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen (BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384; vgl. auch E. 2.4 hiervor).

Unter Hinweis auf die Entscheide des Bundesgerichts vom 9. Januar 2013, 8C\_155/2012, und 5. Mai 2015, 8C\_917/2014, hat die Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 5) zutreffend festgehalten, dass das Bundesgericht die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 380 auch auf Fälle anwendet, in denen der Unfallversicherer die Leistungsablehnung bereits verfügt hat, im Einspracheverfahren jedoch auf diesen Entscheid zurückkommt und wieder Leistungen ausrichtet und schliesslich gestützt auf weitere Abklärungen die Leistungen dennoch einstellt. Da der Sachverhalt in den erwähnten Entscheiden mit der vorliegenden Konstellation vergleichbar ist, hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 380 berufen, wonach die Leistungseinstellung „ex nunc et pro futuro“ trotz ursprünglich anerkannter Leistungspflicht ohne weiteres möglich ist, wenn die Versicherung zur Erkenntnis kommt, dass ein versichertes Ereignis – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vorliegt.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 380 sei hier nicht anwendbar, weil eigentlich bereits im Zeitpunkt der Leistungszusage Klarheit über das Fehlen einer unfallähnli-

che Körperschädigung geherrscht habe, geht ihre Argumentation fehl. Denn die besagte Rechtsprechung dient – gleich wie die Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) oder die prozessuale Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG; vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 53 N. 6) der Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Leistungszusage. Dabei ist – vorbehaltlich eines allfälligen Vertrauensschutzes (vgl. E. 4.4 hiernach) – nicht entscheidend, ob die falsche Leistungszusage aufgrund eines Fehlverhaltens der versicherten Person (vgl. dazu den von der Beschwerdeführerin zitierten Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Februar 2015, 8C\_653/2014 [ursprünglich unrichtige Leistungsausrichtung aufgrund einer tatsachenwidrigen Schilderung des Unfallereignisses durch die versicherte Person]) oder des Versicherers zu Stande gekommen ist.

Ausserdem ist auf den von der Beschwerdegegnerin zitierten Entscheid des Bundesgerichts vom 15. Juni 2011, 8C\_766/2010, zu verweisen (Beschwerdeantwort S. 3; Duplik S. 1), in welchem der zuständige Unfallversicherer nach einem Ereignis vom 2. Juni 2005 Leistungen in Form von Taggeldzahlungen und Heilbehandlung erbracht hatte. Eine Begutachtung vom 15. Mai 2007 ergab eine richtungsweisende Verschlimmerung eines Vorzustandes. Gestützt auf zwei weitere Gutachten vom 30. August und 17. September 2008 nahm der Unfallversicherer aufgrund eines fehlenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Beschwerden und Unfall die Leistungseinstellung per 1. September 2008 vor. Das Bundesgericht verneinte schliesslich das Vorliegen eines Unfalls oder einer unfallähnlichen Körperschädigung und beanstandete die Leistungseinstellung „ex nunc et pro futuro“ nach der Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 380 nicht. Dieser Entscheid zeigt, dass das Vorliegen eines leistungsbegründenden Ereignisses auch nach längerer Zeit und bereits erfolgten Abklärungen in Frage gestellt bzw. verneint werden kann. Die von der ursprünglichen Einschätzung abweichende Qualifikation des fraglichen Ereignisses ergab sich im erwähnten Entscheid des Bundesgerichts aufgrund von unterschiedlichen Sachverhaltsschilderungen, welche die versicherte Person während eines Zeitraumes von rund drei Jahren gemacht hatte (BGer 8C\_766/2010, E. 4.3), und im vorliegenden Fall aufgrund zusätzlicher medizinischer Abklärungen zur Frage, ob eine Listendiagnose gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV

vorliegt. Diese im Rahmen des zweiten Einspracheverfahrens vorgenommenen Abklärungen (vgl. AB 131, 143) haben – wie die Beschwerdegegnerin in der Duplik, S. 3, zutreffend festgehalten hat – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin sehr wohl neue Erkenntnisse gebracht, nämlich insoweit, als hier keine unfallähnlichen Körperschädigungen gegeben sind.

**4.4** Sollte sich die Beschwerdeführerin überhaupt auf den Vertrauensschutz (BGE 131 V 472 E. 5 S. 480; SVR 2012 ALV Nr. 3 S. 7 E. 5.2) berufen können (vgl. AXEL TSCHENTSCHER in WALDMANN/BELSER/EPINEY [Hrsg], Basler Kommentar, Bundesverfassung, Basel 2015, Art. 9 N. 2), so würde dieser im vorliegenden Fall der Leistungseinstellung „ex nunc et pro futuro“ jedenfalls nicht entgegen stehen (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

**4.5** Nach dem Dargelegten ist die Leistungseinstellung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 19. Juli 2013 per 2. Mai 2014 nicht zu beanstanden. Die offensichtlich unbegründete Beschwerde ist demnach abzuweisen.

## **5.**

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

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - KPT Krankenkasse AG
  - SUVA Rechtsabteilung
  - A. \_\_\_\_\_
  - 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.