

200 15 767 UV
SCI/RUM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Februar 2016

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 8. Juli 2015 (_____)



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Visana Versicherungen AG (Visana bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie am 28. Juli 2005 aus dem Stand vom Motorrad stürzte und sich dabei gemäss Angaben in der Schadenmeldung UVG vom 8. August 2005 an der Schulter, am Nacken rechts und am Fuss links verletzte (Antwortbeilage [AB] 1). Die Visana erbrachte daraufhin während der Dauer der (vollen) Arbeitsunfähigkeit vom 8. August bis 11. September 2005 Taggelder und übernahm bis 11. Mai 2006 die Kosten für die Heilbehandlung (AB 5 f., 12, 20).

Mit Schadenmeldung UVG vom 29. Dezember 2014 liess die Versicherte einen Rückfall melden (AB 21). Die Visana holte ärztliche Unterlagen sowie eine Beurteilung ihres Vertrauensarztes vom 20. Februar 2015 (AB 29) ein. Gestützt darauf lehnte sie mit Verfügung vom 27. Februar 2015 einen Leistungsanspruch mangels natürlichem Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis vom 28. Juli 2005 ab (AB 33). Die dagegen von der Versicherten erhobene Einsprache (AB 39) wies die Visana nach Einholung einer weiteren vertrauensärztlichen Beurteilung vom 5. Mai 2015 (AB 45) mit Einspracheentscheid vom 8. Juli 2015 ab (AB 53).

B.

Mit Eingabe vom 3. September 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch B. _____, Beschwerde. Sie beantragt, der Einspracheentscheid vom 8. Juli 2015 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, ihrer Leistungspflicht auch weiterhin nachzukommen, sowie eventualiter weitere Abklärungen durchführen zu lassen und auf dieser Basis die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin erneut zu prüfen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 10. November 2015 edierte der Instruktionsrichter die vollständigen Akten der Invalidenversicherung (IV-act. 1-198) und gab der Beschwerdeführerin am 17. November 2015 Gelegenheit, Schlussbemerkungen einzureichen. Mit Eingabe vom 29. Dezember 2015 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 4. Januar 2016 wurden die Schlussbemerkungen der Beschwerdegegnerin zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. 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 Abs. 1 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 8. Juli 2015 (AB 53). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfall-

versicherung im Zusammenhang mit dem am 29. Dezember 2014 gemeldeten Rückfall zum Unfall vom 28. Juli 2005.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen 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 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 entfiel („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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3

2.3.1 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, sodass 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).

2.3.2 Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tenden-

ziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 31. Juli 2013, 8C_400/2013, E. 4 und vom 17. Dezember 2008, 8C_185/2008, E. 4.3).

2.3.3 Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, 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 (Entscheidung des 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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes:

3.1.1 Im Bericht vom 19. April 2006 führte Prof. Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, als Diagnosen persistierende Beschwerden bei Status

nach Motorradunfall am 28. Juli 2005 und eine aktuell im Vordergrund stehende AC-Gelenksarthralgie und eine Bizepssehnentendinitis auf. In Anbetracht der stattfindenden spontanen Besserung werde entschieden, den weiteren Verlauf abzuwarten. Die Beschwerdeführerin dürfe sich bei erneuter Zunahme der Beschwerden jederzeit melden. Diesfalls wäre das AC-Gelenk und das Rotatorenintervall bzw. die Bizepssehne weiter abzuklären (AB 18).

3.1.2 Im Bericht vom 11. Mai 2006 hielt der damalige Hausarzt, Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnosen eine AC-Luxation Grad I rechts, ein posttraumatisches Thorakovertebralsyndrom sowie einen persistierenden Abduktions- und Elevationsschmerz des rechten Armes fest. Aufgrund des Konsiliums bei Prof. Dr. med. C._____ sei entschieden worden, angesichts der spontanen Besserung den weiteren Verlauf abzuwarten. Weitere Massnahmen seien vorläufig nicht geplant. Es bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit seit dem 12. September 2005. Eine Ausheilung sei zu erwarten (AB 19).

3.1.3 Im Bericht über die Magnetresonanztomographie (MRT) Schulter rechts vom 29. Dezember 2014 wurden eine aktivierte AC-Gelenksarthrose, Zeichen eines subakromialen Impingements mit Verkalkung in der Supraspinatussehne, wenig Flüssigkeit in der subdeltoidalen Bursa im Sinne einer Bursitits, eine leichte Tendinose der langen Bizepssehne im Pulley-Bereich, degenerative Veränderungen im Bizepssehnenanker mit feinem Einriss entlang der Bizepssehne in den Anker und einer SLAP-Läsion mit feinem Riss vom vorderen bis in den hinteren oberen Quadranten festgehalten (AB 22).

3.1.4 Im Bericht vom 20. Februar 2015 hielt der Vertrauensarzt der Visana, Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie FMH, fest, das Ereignis vom 28. Juli 2005 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu vorübergehenden Beschwerden im Bereich der rechten Schulter sowie in der Thorakovertebralgegend geführt. Die diagnostizierte AC-Luxation Grad I sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens sechs Monate nach dem Ereignis abgeheilt gewesen. Dasselbe gelte für das thorakovertebrale Syndrom, bei dem gemäss den Akten keine strukturellen Läsionen entstanden seien. MR-tomografisch seien am 29. Dezember 2014 ausschliesslich al-

tersentsprechende, degenerative Veränderungen im Sinne einer aktivierten AC-Gelenksarthrose, eines subakromialen Impingements mit Verkalkung der Supraspinatussehne, einer Bursitis subdeltoidea sowie degenerative Veränderungen im Bereich des Bizepssehnenankers festgestellt worden. Dazu passe auch die SLAP-Läsion vom vorderen bis in den hinteren Quadranten. Das Ereignis habe den Vorzustand vorübergehend (nicht richtunggebend) verschlimmert. Der beschriebene Vorzustand sei geeignet gewesen, auch bei geringer Belastung der rechten Schulter wie auch bei Endphasenbewegungen und Arbeiten über Kopf Beschwerden auszulösen. Die heute erneut geltend gemachten Beschwerden seien nicht mehr überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 28. Juli 2005, sondern auf die altersentsprechenden, degenerativen Veränderungen zurückzuführen (AB 29).

3.1.5 Mit Schreiben vom 24. März 2015 hielt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ergänzend zur Einsprache der Beschwerdeführerin fest, im Bericht von Prof. Dr. med. C. _____ vom 19. April 2006 sei ausdrücklich von positiven Bizepssehnenzeichen und Schmerzangabe bei Abduktion die Rede. Zudem heisse es dort, dass bei Zunahme der Beschwerden weitere Abklärungen der Bizepssehne erfolgen würden. Somit sei das Problem bereits in den Jahren 2005 bzw. 2006 diagnostiziert worden. Jetzt seien die Beschwerden exazerbiert, sodass eine operative Revision der Bizepssehne notwendig sei. Eine SLAP-Läsion komme ebenfalls nicht ohne Trauma in Frage (Anhang zu AB 39).

3.1.6 Dem Bericht vom 5. Mai 2015 des Vertrauensarztes der Visana, Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ist zu entnehmen, es werde nicht in Frage gestellt, dass Prof. Dr. med. C. _____ positive Bizepssehnenzeichen habe finden können, weshalb er für den Fall deren Akzentuierung allfällige weitere Abklärungen empfohlen habe. Zum damaligen Zeitpunkt habe er solche offensichtlich nicht für notwendig gehalten, da er ansonsten eine MRT veranlasst hätte. Seine Beurteilung datiere aus dem Jahr 2006, in dessen Sommer die Behandlung an der Schulter abgeschlossen worden sei. Dies wäre kaum geschehen, wenn weiterhin relevante Probleme be-

standen hätten. Es wirke sehr spekulativ, wenn nach einem Intervall von mehr als acht Jahren ohne dokumentierte Brückensymptomatik postuliert werde, erneut aufgetretene Schulterschmerzen seien immer noch auf eine schon damals vermutete Pathologie zurückzuführen. Bezüglich der SLAP-Läsion werde der Aussage von Dr. med. F. _____ nicht widersprochen, dass es sich dabei um eine „traumatisch“ entstandene Pathologie handle. Vielfach liege aber nicht ein einzelnes Trauma vor, sondern die SLAP-Läsion entwickle sich kontinuierlich durch repetitive Mikrotraumata z.B. bei Überkopfsportarten. Eine direkte Kontusion, wie sie die Beschwerdeführerin beim zur Diskussion stehenden Ereignis vom 28. Juli 2005 erlitten habe, komme dafür jedenfalls kaum ernsthaft in Frage. Interessant sei auch der Umstand, dass Dr. med. F. _____ eine SLAP-Läsion in seinem Operationsbericht vom 20. April 2015 nicht mehr explizit beschrieben habe. Er habe den MRT-Befund in diesem Punkt offenbar nicht eindeutig bestätigen können. Zusammenfassend sei an der Richtigkeit der Einschätzung von Dr. E. _____ nicht zu zweifeln. Ein kausaler Zusammenhang der aktuellen Beschwerden mit dem Ereignis vom 28. Juli 2005 sei bestenfalls als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich zu bezeichnen (AB 45).

3.1.7 Im vorliegenden Gerichtsverfahren reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Hausarztes, Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 29. Juli 2015 ein. Darin wird festgehalten, die Beschwerdeführerin sei am 9. März 2010 mit starken Beschwerden infolge einer Diskushernie C6 links in die neuraltherapeutische Behandlung gekommen. Neben den starken radikulären Schmerzen im linken Arm, z.T. mit Sensibilitätsstörungen, habe die Beschwerdeführerin bereits damals zusätzliche Schmerzen im Bereich der rechten Schulterregion erwähnt, die ebenfalls als Folge der zervikalen Diskushernie interpretiert worden seien. Im Verlauf der intensiven Behandlung hätten sich die Beschwerden seitens der Diskushernie zunehmend gebessert. Gleichzeitig hätten aber die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des rechten Oberarms langsam aber kontinuierlich zugenommen. Wiederholte neuraltherapeutische Interventionen seien erfolglos geblieben, sodass in der Folge am 29. Dezember 2014 eine MRT der rechten Schulter veranlasst worden sei. Vor allem die dort festgestellte SLAP-Läsion sei ein klarer Hinweis für eine posttraumatische Schädigung. Die Beschwerdeführerin habe 2005 eine

Schulter-Verletzung erlitten, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür ursächlich sei. Dies vor allem auch , weil die Patientin seit 2005 im Bereich der rechten Schulter nie beschwerdefrei gewesen sei. Die zervikale Diskushernie habe die rechtsseitigen Beschwerden überlagert, weshalb eine post-traumatische Genese längere Zeit nicht in Betracht gezogen worden sei (Beschwerdebeilage [BB] 2).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.3

3.3.1 Der Sturz vom Motorrad aus dem Stand vom 28. Juli 2005 auf die rechte Schulter führte zu Schmerzen im Bereich des Nackens, der Schulter rechts und des Thorax (AB 2). Bildgegend waren weder Rippenfrakturen noch Frakturen im Halswirbelsäulenbereich nachzuweisen (AB 2, 9). In diagnostischer Hinsicht wurde seitens des hinzugezogenen Facharztes, Prof. Dr. med. C._____, im August 2005 zunächst ein nicht näher definierbares, multifokales Schmerzsyndrom festgehalten (AB 11) und im April 2006 dann auf eine im Vordergrund stehende AC-Gelenksarthralgie und Bizepssehnentendinitis hingewiesen (AB 18). Die Behandlung beschränkte sich während des gesamten Zeitraums bis 11. Mai 2006 auf eine konservative Therapie mit Antirheumatika, Analgesie und Physiotherapie (AB 2, 3, 9-11, 14, 16, 20). Bereits ab dem 12. September 2005 war der Beschwerdeführerin wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden (AB 5, 6). Nachdem sie im April 2006 gegenüber Prof. Dr. med. C._____ über eine wesentliche Verbesserung berichtet hatte, wurde schliesslich entschieden, keine weiteren Abklärungen bzw. Massnahmen mehr vorzunehmen (Berichte von Prof. Dr. med. C._____ vom 19. April 2006 [AB 18] und des Hausarztes vom 11. Mai 2006 [AB 19]). Gemäss „Schlussrechnung“ vom

6. Juli 2006 fand die letzte Physiotherapie-Sitzung am 11. Mai 2006 statt (AB 20); ab diesem Zeitpunkt sind keine ärztlichen Konsultationen mehr aktenkundig.

In Anbetracht der Umstände – vergleichsweise harmloses Unfallgeschehen durch Sturz vom Motorrad aus dem Stand; Fehlen struktureller Verletzungen, insbesondere ossärer Läsionen; multifokales Schmerzgeschehen, das weder klinisch noch bildgebend schlüssig erklärbar ist; ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von rund einem Monat; allein konservative Therapie – hat der Vertrauensarzt, Dr. med. E. _____ im Bericht vom 20. Februar 2015 nachvollziehbar dargelegt, dass der Unfall vom 28. Juli 2005 höchstens zu vorübergehenden Beschwerden im Schulter- und Thorakovertebralbereich geführt habe und spätestens nach sechs Monaten (d.h. Ende Januar 2006) von einer Ausheilung der Unfallfolgen auszugehen gewesen sei (AB 29 S. 2).

3.3.2 Zwischen dem Unfall vom 28. Juli 2005 und dem am 29. Dezember 2014 (AB 21) geltend gemachten Rückfall liegen fast zehn Jahre. Dass nun in der Beschwerde auf der Basis der Ausführungen des damals untersuchenden Facharztes, Dr. med. C. _____, vom April 2006, wonach sich die Beschwerdeführerin jederzeit wieder melden könne (AB 18), gefolgt wird, die Behandlung sei nicht abgeschlossen (S. 5), ist weit hergeholt. Wie hiavor festgehalten wurde, ergibt sich aus den Akten eindeutig, dass der Fall im ersten Semester des Jahres 2006 definitiv abgeschlossen worden war. Insoweit widersprechen sich auch die beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin in keiner Weise. Nachdem betreffend die geklagten rechtsseitigen Schulter-Nacken-Beschwerden während Jahren keine ärztlichen Konsultationen mehr nötig waren, ist damit eindeutig erstellt, dass die Behandlung im Mai 2006 medizinisch wie unfallversicherungsrechtlich abgeschlossen war.

3.3.3 Angesichts fehlender ärztlicher Konsultationen ist gleichermassen erstellt, dass keine Brückensymptome gegeben sind (vgl. E. 2.3.2 hiavor), auch wenn heute behauptet wird, die Beschwerdeführerin sei während den folgenden mindestens acht Jahren nie beschwerdefrei gewesen (Beschwerde, S. 3). Vielmehr ergibt sich aus den Akten klar, dass die rechte Schulter bei der über vielfältige Schmerzen klagenden Beschwerdeführerin

nach der letzten Untersuchung durch Prof. Dr. med. C._____ im April 2006 kein Thema mehr war. Selbst wenn – wie dies in der Beschwerde (S. 6) gestützt auf den Bericht des Hausarztes, Dr. med. H._____, vom 29. Juli 2015 (BB 2) geltend gemacht wird – rechtsseitige Schulterbeschwerden ab März 2010 von anderen Problemen überlagert gewesen wären, änderte dies nichts daran, dass in den Jahren zuvor eine solche Überlagerung bzw. überhaupt Schulterschmerzen ärztlicherseits schlicht nicht belegt sind. Wie sich aus den hinzugezogenen IV-Akten eindeutig ergibt (s. dazu im Einzelnen E. 3.5 hiernach), waren rechtsseitige Schulterschmerzen – entgegen der nachträglichen Darstellung von Dr. med. H._____ – aber auch im Jahr 2010 und in den Folgejahren kein Thema, weshalb eine Überlagerung nicht nur nicht bewiesen, sondern eindeutig ausgeschlossen ist.

3.4 Nichts an dieser Beurteilung ändert, dass – wie Dr. med. F._____ im Bericht vom 24. März ausführt (Anhang zu AB 39) – Prof. Dr. med. C._____ anlässlich seiner Untersuchung knapp ein Jahr nach dem Unfall in seinem Bericht vom 19. April 2006 positive Bizepssehnenzeichen erhoben hat. Es handelte sich dabei um klinisch erhobene Zeichen (AB 18). Solche Zeichen basieren auf den Schmerz- und Beweglichkeitsangaben der Patienten. Sie geben einen Hinweis auf mögliche Verletzungen, beweisen solche jedoch nicht. Vielmehr sind für eine definitive und verbindliche Festlegung bildgebende Abklärungen bzw. allenfalls auch arthroskopische Untersuchungen zwingend. Solche Untersuchungen hat Dr. med. C._____ jedoch gerade nicht für notwendig erachtet und weiterhin ein konservatives Vorgehen empfohlen. Weitere Abklärungen waren in der Folge nicht mehr nötig. Der Bericht von Dr. med. C._____ kann damit keinesfalls in der Weise gedeutet werden, dass die im Dezember 2014 bildgebend erhobenen – klar degenerativen – Veränderungen (aktivierte AC-Gelenksarthrose [vgl. zum degenerativen Charakter dieser Erkrankung: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 175], leichte Tendinose der langen Bizepssehne sowie degenerative Veränderungen im Bizepssehnenanker mit SLAP-Läsion [AB 22]) nun rückwirkend über mindestens acht Jahre als traumatisch betrachtet werden könnten. Es spielt damit letztlich auch keine Rolle, ob anlässlich der arthroskopischen Operation vom 20. April 2015 (AB 44) die zuvor auf der Basis der bildgebenden

Abklärungen angenommene SLAP-Läsion tatsächlich bestätigt werden konnte oder nicht (vgl. AB 45). Soweit Dr. med. G. _____ in seinem Bericht vom 5. Mai 2015 im Zusammenhang mit der SLAP-Läsion von einer „traumatischen“ Ursache spricht (AB 45), versteht er dies nicht im Sinne des rechtlichen Unfallbegriffs. Vielmehr geht er im medizinischen Verständnis von sich immer wieder und ständig wiederholenden (Mikro-)Verletzungen beim Gebrauch zufolge (krankhafter) körperlicher Abweichungen aus. Dass demgegenüber direkt durch den Unfall eine strukturelle Veränderung des Körpers eingetreten wäre, die schliesslich zur geltend gemachten Verletzung geführt hätte, ist wie vorstehend ausgeführt ausgeschlossen (E. 3.3.1) und liesse sich zudem heute auch nicht mehr belegen.

3.5 Aus den gerichtlich edierten IV-Akten ergibt sich eindeutig, dass die Anmeldung bei der Invalidenversicherung zunächst allein zufolge „Diskushernie“ erfolgte (IV-act. 1/1, 6, 8/7). Hinweise auf angebliche Brückensymptome betreffend die *rechte* Schulter finden sich dagegen nicht. Vom Hausarzt, Dr. med. H. _____, wurde im ersten IV-Arztbericht vom 6. September 2010 Schulter-Arm-Schmerzen bis zum *linken* Daumen festgehalten und diese als radikulär (d.h. von der Diskushernie ausgehend) bezeichnet (IV-act. 18; vgl. auch AB 19/3). Keine Erwähnung fand demgegenüber die vorliegend Diskussionsgegenstand bildende *rechte* Schulter. Bereits zuvor, im März 2010, wurde ein einlässlicher Status erhoben und Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, führte im entsprechenden Bericht eine leichte Bizepsschwäche *links* auf; offensichtlich wurden auch hier keine Anzeichen für Probleme mit der *rechten* Schulter vorgetragen (IV-act. 28/2). Am 25. Februar 2011 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der IV neurochirurgisch begutachtet. Es findet sich im Gutachten eine umfangreiche Status-Erhebung, aus welcher sich ebenfalls keine Anzeichen für das Vorliegen von Brückensymptomen ergeben. Vielmehr hat die Beschwerdeführerin auch gegenüber der Gutachterin allein Probleme mit der *linken*, vom Unfall nicht betroffenen Körperhälfte bezeichnet (IV-act. 32.2/14 ff.). Letztlich ergeben sich auch aus den weiteren Unterlagen der IV-Stelle für die Folgejahre keine Anzeichen für Probleme mit der *rechten* Schulter.

3.6 Zusammenfassend fehlt es eindeutig an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den mit Rückfallmeldung vom 29. Dezember 2014 geltend gemachten (degenerativen) Beschwerden und dem Unfallereignis vom 28. Juli 2005. Die Beschwerdegegnerin hat demnach mit Einspracheentscheid vom 8. Juli 2015 (AB 53) einen Leistungsanspruch zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als offensichtlich unbegründet und ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. 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):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Visana Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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