

200 15 889 UV
ACT/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Februar 2016

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 15. September 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war arbeitslos und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Unfälle versichert, als er am 17. Januar 2014 Opfer eines Autoauffahrunfalles wurde, worauf eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde (Akten der SUVA [act. IIa] 1, 8). Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen (act. IIa 12). Nachdem die SUVA unter anderem eine biomechanische Kurzbeurteilung zum Unfall vom 17. Januar 2014 eingeholt und das Dossier dem Kreisarzt vorgelegt hatte (act. IIa 57, 61), teilte sie mit Schreiben vom 25. Juli 2014 mit, die geklagten Beschwerden an der rechten Schulter stünden nicht in einem sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 17. Januar 2014, weshalb für die Behandlung der rechten Schulter keine Versicherungsleistungen erbracht würden (act. IIa 63).

Nach Einholung kreisärztlicher Stellungnahmen (Akten der SUVA [act. IIb] 113, 130) stellte die SUVA die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 20. Mai 2015 per 31. Mai 2015 ein (act. IIb 132). Zur Begründung gab sie an, aufgrund der Abklärungen seien die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar und die adäquate Kausalität zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem betreffenden Unfallereignis sei zu verneinen. Die dagegen erhobene Einsprache wies die SUVA nach Einholung einer weiteren kreisärztlichen Stellungnahme mit Einspracheentscheid vom 15. September 2015 ab (act. IIb 139, 145, 146).

B.

Dagegen erhebt der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 8. Oktober 2015 Beschwerde und beantragt, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen aus dem Unfallereignis vom 17. Januar 2014 auszurichten, un-

ter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Mit Eingabe vom 16. November 2015 reicht er überdies einen Operationsbericht von Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 14. Oktober 2015 zu einer am 13. Oktober 2015 an der rechten Schulter durchgeführten Operation ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 9). Diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und reicht gleichzeitig eine chirurgische Beurteilung von med. pract. D. _____, Facharzt für Chirurgie, vom Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin vom 25. November/3. Dezember 2015 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 2) ein.

Am 7. Januar 2016 nimmt der Beschwerdeführer Stellung zum Bericht von med. pract. D. _____ vom 25. November/3. Dezember 2015.

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 15. September 2015 (act. IIb 146). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

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).

2.4 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).

2.5 Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

2.6 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).

2.7 Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2014 UV Nr. 25 S. 82 E. 4).

2.8 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).

2.9 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.10 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

2.11 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

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

3.1 Im undatierten Bericht des Notfallzentrums des Spitals E. _____ zum Aufenthalt vom 17. bis 18. Januar 2014 (act. IIa 8) wurde als Diagnose ein Auffahrunfall m/b HWS-Distorsion, Sensibilitätsverminderung am gesamten rechten Arm und MRI HWS vom 18. Januar 2014: kein posttraumatisches Hämatom, keine Diskopathie, aufgeführt. Die behandelnden Ärzte hielten fest, der Beschwerdeführer habe sich nach einem Auffahrunfall heute um 15.00 Uhr mit initial Schwindel und Übelkeit selber vorgestellt. Druckdolenz des gesamten Rückens sowie Hypästhesie des linken (richtig: rechten) Arms mit Kraftminderung auf M4. Laborchemisch unauffällig. In der angefertigten Polyspirale (CT) hätten sich keine Traumafolgen gezeigt. Inzidenteller Befund von mindestens zwei verkalkten Granulomen. Bei einer persistierenden unklaren und nicht-dermatombezogenen Hypästhesie des rechten Arms seien die Kollegen der Neurologie konsiliarisch hinzugezogen worden. Es sei ein MRI der Halswirbelsäule zum Ausschluss eines posttraumatischen Hämatoms sowie einer Diskopathie erfolgt, das keine Traumafolgen gezeigt habe. In der Zusammenschau der Befunde sei am ehesten von einer HWS-Distorsion auszugehen. Am Morgen des 18. Januar 2014 habe der Beschwerdeführer in der klinischen Untersuchung weiterhin keine neurologischen Ausfälle gezeigt. Er sei subjektiv leidend gewesen, es habe eine Druckdolenz über der Schultermuskulatur bestanden, das Gelenk sei in allen Richtungen frei beweglich gewesen.

3.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte am 11. März 2014 (act. IIa 16) eine HWS-Distorsion am 17. Januar 2014 und

hielt fest, es würden eine Reihe von Beschwerden angegeben, die bis zum heutigen Zeitpunkt persistierten. Der klinisch neurologische Untersuchungsbefund sei bis auf die angegebenen Gefühlsstörungen (am rechten Arm) unauffällig, insbesondere fänden sich lokal auch keine wesentlichen Schulter- oder Nackenmyogelosen. Wegen der Gefühlsstörungen sei die Durchführung eines Medianus-SEP erfolgt, das völlig unauffällig gewesen sei und demzufolge auch kein Korrelat der Gefühlsstörungen gezeigt habe.

3.3 Ein im Röntgeninstitut G. _____ am 18. März 2014 durchgeführtes MRI der rechten Schulter führte zu folgender Beurteilung (act. IIa 23): Subtotale transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne. Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne und weniger ausgeprägt der Infraspinatussehne mit diskreter Tendinitis calcarea der Subscapularissehne. Degenerative AC-Gelenksveränderungen mit Hinweis auf diskrete Traumatisierung. Hinweise für anteriore Instabilität, DD diskret anteriore Kapselläsion.

3.4 Dr. med. H. _____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 24. Oktober 2014 (act. IIb 82) als (Haupt-)Diagnosen einen Status nach Trauma vom 17. Januar 2014 mit persistierendem panvertebralem zerviko-thorakal betontem Schmerzsyndrom und Schulterschmerzen rechts auf. Dr. med. H. _____ hielt fest, die Zuweisung sei wegen persistierenden Schmerzen nach Trauma vom 17. Januar 2014 bei vorher rückengesundem Patienten erfolgt, auch ohne Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Aufgrund der klinischen Befunde, der Voruntersuchungen sowie der ergänzenden Bildgebung ergebe sich die obige Diagnose: Aus rheumatologisch-internistischer Sicht sei das Beschwerdebild im weitesten Sinne mechanisch-statisch und vor allem durch die myofasziale Komponente und muskuläre Dysbalance zu erklären. Differentialdiagnostisch ergäben sich keine Hinweise für eine Systemaffektion, ein radikuläres Reizsyndrom oder eine periphere Kompressionsneuropathie. Im Bereich der rechten Schulter fänden sich Hinweise für eine partielle Rotatorenmanschettenläsion.

3.5 Ein am 4. März 2015 im Röntgeninstitut G. _____ durchgeführtes MRI der rechten Schulter ergab die folgende Beurteilung (act. II 1): Verglichen zur Voruntersuchung vom 18. März 2014 nun eine vollständig ruptu-

rierte und retrahierte Supraspinatussehne ohne wesentliche Muskelatrophie. Stationäre diskrete Unterflächenpartialruptur der Infraspinatussehne. Im Verlauf leicht regrediente Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne. Leicht progrediente Verdickung der Gelenkkapsel (DD im Rahmen einer frozen shoulder, vergleiche mit Klinik). Neu abgrenzbare diskrete Synovitis.

3.6 Dr. med. C._____ gab im Bericht vom 24. März 2015 (act. IIb 117) als Diagnosen den Verdacht auf posttraumatische Ruptur der Rotatorenmanschette rechts und einen Zustand nach Schleudertrauma mit cervico-brachialgieformen Restbeschwerden, beides nach Autoauffahrunfall am 17. Januar 2014, an. Er hielt fest, es bestehe eine symptomatische Rotatorenmanschetten-Ruptur rechts mit vollständiger Ruptur der Supraspinatussehne und Sehnenstumpfretraktion. Weiter liege eine Partialruptur von Infraspinatus und Subscapularis vor. MRI-mässig bestünden keine Muskelatrophiezeichen. Die Rotatorenmanschetten-Ruptur erkläre einen Teil der Schulter/Oberarmschmerzen rechts sowie die eingeschränkte Funktion und Kraftminderung. Die zusätzlich vorhandenen cervico-brachialgieformen Schmerzen und Dysästhesien seien Residuen des Schleudertraumas. Als Behandlung sei eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion rechts notwendig und sinnvoll. Damit könne eine Normalisierung der Schulterfunktion und des Kraftausfalles erreicht werden. Da der Beschwerdeführer vor dem Autounfall von Seiten der rechten Schulter völlig beschwerdefrei gewesen sei und als ... 100 % ohne Einschränkungen gearbeitet habe, sei hier von einer posttraumatischen Rotatorenmanschetten-Läsion rechts auszugehen. Auf dem MRI seien keine Muskelatrophie-Zeichen feststellbar.

3.7 In der ärztlichen Beurteilung vom 12. Mai 2015 (act. IIb 130) führte der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, aus, in seiner ärztlichen Beurteilung vom 18. März 2015 (act. IIb 113) habe er festgehalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 17. Januar 2014 eine sogenannte Distorsion der HWS erlitten habe, wobei die MRI-Untersuchung der HWS sowie die fachneurologische Untersuchung keine Hinweise für eine unfallbedingte strukturelle Läsion ergeben hätten. Es könne hiermit festgehalten werden, dass den geklagten Beschwerden kein

organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Läsion zugrunde liege. Die Beschwerden seien hiermit als organisch nicht hinreichend nachweisbar zu werten. Es sei nicht davon auszugehen, dass mit der weiteren Behandlung sich eine erhebliche Besserung einstellen werde. Betreffend die Frage, ob die Beschwerden allenfalls psychisch verursacht sein könnten, verweise er auf die fachpsychiatrische Beurteilung durch Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (act. IIb 96, 123). Als nicht unfallkausal zu werten seien wie bereits früher geäußert die Schulterbeschwerden, ebenso die im Austrittsbericht von K._____ (act. IIb 103) erwähnten Beschwerden bei degenerativen Veränderungen im BWS-Bereich und lumbosacral, ebenso wie die Knie-schmerzen rechts. Die fachärztliche Abklärung der Schwindelbeschwerden (act. IIb 128) habe ergeben, dass die Symptomatik als nicht vestibulärer, am ehesten psychogener Schwindel zu beurteilen sei. Damit liege den angegebenen Schwindelbeschwerden kein organisches Substrat im Sinne einer unfallbedingten strukturellen Läsion zugrunde.

3.8 In der ärztlichen Beurteilung vom 8. September 2015 (act. IIb 145) hielt der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. I._____ fest, die fotografisch dokumentierte Sitzposition des Beschwerdeführers im Rahmen der Auf-fahrkollision durch die Polizei sei nicht geeignet, eine Ruptur der Rotatoren-manschette mit vollständiger Ruptur der Supraspinatussehne, Partialruptur des Infraspinatus und des Subscapularis zu verursachen. Dies korreliere auch mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Not-fallkonsultation am Spital E._____ keine Schulterbeschwerden rechts angegeben habe und im ausführlichen Bericht vermerkt sei, klinisch finde sich ein diffuses nicht dermatombezogenes oder radikuläres Ausfallmuster hinsichtlich der Sensibilitätsstörung und der Schwäche, die kooperations- und sicherlich auch schmerzbedingt inkonsistent sei. In diesem Bericht finde sich die Angabe, am Morgen des 18. Januar 2014 hätte der Be-schwerdeführer in der klinischen Untersuchung weiterhin keine neurologi-schen Ausfälle gezeigt, es hätte eine Druckdolenz über der Schultermuskulatur bestanden, das Gelenk sei in allen Richtungen frei be-weglich gewesen. Diese Feststellungen schlossen eine unfallverursachte komplexe Ruptur der Rotatorenmanschette aus.

3.9 In der chirurgischen Beurteilung vom 25. November/3. Dezember 2015 gab der SUVA-Arzt med. pract. D. _____ an (act. II 2, S. 8), bei dem im vorliegenden Fall beschriebenen Unfallmechanismus komme es nicht zur Einwirkung einer schädigenden Gewalt auf die Rotatorenmanschette der rechten Schulter. Der Sicherheitsgurt verlaufe über die linke Schulter und fange einen grossen Teil der Bewegungsenergie des Rumpfes ab. Wie in der von der Polizei zur Verfügung gestellten Abbildung dargestellt, fehle es im Fahrzeug des Beschwerdeführers an Gegenständen, an denen er sich die rechte Schulter im Rahmen des Unfallereignisses hätte verletzen können. Da der Beschwerdeführer nicht mit dem Aufprall gerechnet habe, sei auch eine Vorspannung der Rotatorenmanschette zum Zeitpunkt des Aufpralls nicht anzunehmen. Auch sei eine nennenswerte Kraftereinleitung über den rechten Arm in die rechte Schulter im vorliegenden Fall nicht auszumachen. Zusammenfassend könne eine Schädigung der rechten Schulter durch das Unfallereignis vom 17. Januar 2014 nicht belegt werden. Weiter hielt med. pract. D. _____ fest (act. II 2, S. 13), mit dem MRI vom 18. März 2014 werde ein Verschleissleiden der rechten Schulter bildgebend dargestellt. In diesem Punkt sei dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zuzustimmen. Dieses „degenerative Schadensbild“ sei jedoch durch den Unfall weder verursacht noch richtungsgebend beeinflusst worden (also auch nicht wie vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vermutet „beschleunigt“ worden). Denn weder sei die rechte Schulter im Rahmen des Unfalls vom 17. Januar 2014 traumatisiert worden noch seien nachfolgend klinisch oder bildtechnisch Traumafolgen an der Rotatorenmanschette dokumentiert, die auf einen Unfall zurückgeführt werden könnten. Das Verschleissleiden im Bereich der rechten Schulter sei, folge man den Akten, erstmals am 24. Oktober 2014 im Rahmen der Untersuchung durch den Rheumatologen Dr. med. H. _____ symptomatisch geworden, im weiteren Verlauf habe sich bis zum zweiten MRI vom 4. März 2015 lediglich der natürliche Verlauf des Verschleissleidens, der letztendlich über die Texturstörung zur Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne geführt habe, verwirklicht. Die Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne sei trotz Schonung des rechten Arms (der Beschwerdeführer habe im genannten Zeitraum nicht mehr gearbeitet) weiter fortgeschritten. Die Vermutung des Rechtsvertreters, durch den Unfall sei die Ausbildung des Risses zusätzlich beschleunigt worden, sei durch keine

Untersuchung belegt. Als Schlussfolgerung hielt med. pract. D. _____ fest (act. II 2, S. 13 f.), weder die Angaben des Polizeiberichtes noch die Angaben des biomechanischen Gutachtens noch die zeitnah zum Unfall vom 17. Januar 2014 gemachten Angaben des Beschwerdeführers gäben Anhalt für eine Verletzung der rechten Schulter. Die zeitnah zum Unfall durchgeführten klinischen Untersuchungen und die zeitnah zum Unfall durchgeführte bildgebende Diagnostik dokumentierten keine Hinweise auf eine Verletzung der rechten Schulter oder der Rotatorenmanschette. Die mit dem MRI vom 18. März 2014 dokumentierten Verschleiss- und altersbedingten Veränderungen der Rotatorenmanschette der rechten Schulter seien weder durch das Unfallereignis vom 17. Januar 2014 überwiegend wahrscheinlich verursacht worden noch sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall eine Verschlimmerung dieser nachgewiesenen Veränderungen verursacht worden. Das MRI vom 4. März 2015 zeige den natürlichen Verlauf einer Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne von der partiellen Trennung bis hin zur vollständigen Zusammenhangstrennung. Die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 17. Januar 2014 zurückzuführen.

4.

4.1 Zu Recht unbestritten ist, dass das Ereignis vom 17. Januar 2014 (act. IIa 1 und 43/4) den Unfallbegriff erfüllt (vgl. E. 2.1 hiavor).

4.2 Der Bericht des SUVA-Arztes med. pract. D. _____ vom 25. November/3. Dezember 2015 (act. II 2) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert von Arztberichten (vgl. E. 2.8 hiavor) und überzeugt; dass es sich um einen Aktenbericht handelt schadet nicht, da die Akten vorliegend die Sachlage vollständig abbilden und die Daten unbestritten sind, so dass sich med. pract. D. _____ ein lückenloses Bild machen konnte (vgl. E. 2.10 hiavor). Weiter deckt sich die Einschätzung des Mediziners (act. II 2, S. 9 f.) mit den Vorakten, wonach – anders als in der Beschwerde, S. 4 Ziff. 3.2 f., sowie in der Stellungnahme vom 7. Januar 2016, S. 1 f., angenommen – initial keine Schulterbeschwerden beklagt

worden sind (undatiertes Bericht des Notfallzentrums des Spitals E. _____ [act. IIa 8/1 f.], Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma des Notfallzentrums des Spitals E. _____ vom 18. Januar 2014 [act. IIa 11/4], Polizeirapport vom 26. März 2014 [act. IIa 43/4 und 10]); die im Dokumentationsbogen vom 18. Januar 2014 erwähnte Druckdolenz über der Bizepssehne (act. IIa 11/4 Ziff. 6b) weist nicht spezifisch auf eine Rotatorenmanschettenruptur hin (Bericht des med. pract. D. _____ vom 25. November/3. Dezember 2015 [act. II 2, S. 9]). Dass der Beschwerdeführer wegen Sprachproblemen die Schulterbeschwerden nicht angegeben habe, wie in der Beschwerde, S. 4 Ziff. 3.3, vorgebracht wird, ist nicht nachvollziehbar, kann auf entsprechende Schmerzen doch ohne weiteres auch nonverbal hingewiesen werden, was ohne Zweifel der Fall gewesen wäre. Eine Verletzung der Schulter während des Unfalls ist nicht erstellt (act. II 2, S. 8), während die in der Stellungnahme vom 7. Januar 2016, S. 1, erwähnte Argumentation, die rechte Schulter sei durch Fliehkräfte verletzt worden, nicht überzeugt. Ausserdem hat med. pract. D. _____ überzeugend und schlüssig dargelegt, dass die freie Funktion im rechten Schultergelenk anlässlich der Erstuntersuchung im Spital E. _____ (act. IIa 8/2) den spezifischen Kennzeichen einer frischen Rotatorenmanschettenruptur (starke Schmerzen, schmerzhafte Funktionseinschränkung, häufig Pseudoparalyse) diametral entgegenstehe (act. II 2, S. 12). Der Bericht des Dr. med. C. _____ vom 24. März 2015 (act. IIb 117) spricht nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung des SUVA-Arztmed. pract. D. _____ und enthält auch kein Element, das Letzterer nicht beachtet hätte; vielmehr vermag dieser Bericht nicht zu überzeugen, da er von einer Schulterkontusion ausgeht (act. IIb 117/1), die jedoch wie dargelegt nicht erfolgt ist, und sich auf die nicht zulässige Argumentation post hoc ergo propter hoc (vgl. E. 2.5 hiervor) stützt (act. IIb 117/2). Letzteres gilt auch für das in der Stellungnahme vom 7. Januar 2016, S. 2 und 3, vorgebrachte Argument, es sei allein der Unfall denkbar, welcher den degenerativen Riss verursacht habe – dies ist zwar möglich, aber eben nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt; der vom Beschwerdeführer gezogene Schluss kann auch nicht darauf gestützt werden, dass das letzte Arbeitszeugnis zwei Monate vor dem Unfall keine Einschränkungen erwähnte (act. IIa 42/4), da es sich

dabei allein um eine Argumentation post hoc ergo propter hoc (vgl. E. 2.5 hiervor) handelt.

Damit ist erstellt, dass kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 17. Januar 2014 (act. IIa 1) und den geklagten Schulterbeschwerden rechts respektive dem Riss der Rotatorenmanschette besteht (act. II 2, S. 14).

4.3 Was die weiter geklagten Beschwerden (vgl. act. IIb 103) betrifft, kann offen bleiben, ob sie natürlich kausal zum Unfall vom Januar 2014 (act. II 1) sind, da es am adäquaten Kausalzusammenhang mangelt (vgl. E. 2.7 hiervor), den die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid überzeugend verneint hat (act. IIb 146/6 ff.) und worauf verwiesen werden kann (zum adäquaten Kausalzusammenhang betreffend Schleudertrauma der HWS und analogen Fällen vgl. BGE 134 V 109). Diesbezügliche konkrete Rügen werden denn auch zu Recht nicht erhoben (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 3.1); der Beschwerdeführer belässt es allein beim pauschalen Hinweis darauf, dass ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den einem Schleudertrauma zuordenbaren Beschwerden und dem Unfall anzunehmen sei (Beschwerde, S. 6 Ziff. 3.7).

4.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. Januar 2014 die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. Mai 2015 eingestellt. Die 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):
 - Fürsprecher 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.