

200 16 804 UV  
MAW/GET/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 20. Oktober 2016**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG**  
Richtplatz 1, 8304 Wallisellen  
Zustelladresse: Postfach, 8010 Zürich  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Juli 2016 (Ref.: 2014 7282838)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist über seinen Arbeitgeber bei der Allianz Suisse Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Allianz bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Allianz, [act. II], 043 S. 2). Mit Unfallmeldung UVG vom 27. März 2014 teilte der Arbeitgeber der Allianz mit, dass sich der Versicherte am 4. Februar 2014 bei einem Sturz die rechte Schulter verletzt habe (act. II 022). Der am 24. Februar 2014 konsultierte Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, diagnostizierte ein Schultertrauma mit Partialruptur der Supraspinatussehne rechts (act. II 002). Die Allianz anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie für die gesetzlichen Leistungen aufkam (act. II 043 S. 2). In der Folge unterbreitete sie das Dossier ihrem beratenden Arzt, Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH (act. II 007), woraufhin die Allianz dem Versicherten am 27. Mai 2014 formlos mitteilte, die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht seien „nach Ende April 2014“ nicht mehr gegeben (act. II 024). Da der Versicherte damit nicht einverstanden war (act. II 025), legte die Allianz die medizinischen Akten nochmals Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. II 009) und – nachdem der behandelnde Arzt Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine unfallbedingte Rotatorenmanschettenruptur postuliert hatte (act. II 011) und der Versicherte am 2. Juni 2015 an der rechten Schulter operiert worden war (act. II 014) – ihrem beratenden Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, zur Beurteilung vor (Bericht vom 28. Januar 2016 [act. II 021]). Mit Verfügung vom 22. April 2016 (act. II 032) stellte die Allianz die Versicherungsleistungen per 30. April 2014 ein. Während der zuständige Krankenversicherer die dagegen erhobene Einsprache (act. II 036) mit Schreiben vom 11. Mai 2016 (act. II 038) wieder zurückzog, wies die Allianz jene des Versicherten mit Entscheid vom 7. Juli 2016 ab (act. II 043).

**B.**

Mit Eingabe vom 8. September 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er stellt den folgenden Antrag:

Der Einspracheentscheid vom 7. Juli 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien über den 30. April 2014 hinaus die gesetzlichen UVG-Leistungen, namentlich die Heilungskosten, im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 4. Februar 2014 auszurichten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, gemäss Bericht von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2014 (act. II 011) seien alle Charakteristika einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenruptur erfüllt. Zudem sei der Sturz entgegen der Meinung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sehr wohl geeignet, eine solche Ruptur herbeizuführen. Sodann sei gestützt auf die MRI-Bildgebung vom 4. März 2014 eine chronische Schädigung ausgeschlossen. Gemäss der Stellungnahme von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2016 (Akten der Beschwerdeführerin, [act. I], 3) spreche insbesondere die MRI-Bildgebung vom 28. Mai 2015 gegen ein chronisches Leiden. Durch das Unfallereignis vom 4. Februar 2014 sei es zu einer richtungsweisenden Verschlechterung des Vorzustandes gekommen (S. 6). Die Behauptung, dass der Status quo sine überwiegend wahrscheinlich bereits Ende April 2014 erreicht gewesen sein soll, werde bestritten. Vor dem Sturzereignis habe der Beschwerdeführer intensiv und auf hohem Niveau ... gespielt, ohne irgendwelche Schmerzen zu verspüren. Ein Erreichen des Status quo sine nach bereits 12 Wochen erscheine wenig wahrscheinlich (S. 7).

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die kostenfällige Abweisung der Beschwerde.

## **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 die Verfügung vom 22. April 2016 (act. II 032) bestätigende Einspracheentscheid vom 7. Juli 2016 (act. II 043). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung über den 30. April 2014 hinaus.

**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, einer Berufskrankheit oder einer unfallähnlichen Körperschädigung voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]; Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3 S. 181).

**2.2** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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.

**2.3** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustan-

des auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

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).

### **3.**

**3.1** Es ist erstellt und im Übrigen unbestritten, dass das Ereignis vom 4. Februar 2014, bei dem der Versicherte auf vereistem Boden ausrutschte und auf die rechte Schulter stürzte, einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt. Die Beschwerdegegnerin hat für dieses ihr mit Unfallmeldung UVG vom 27. März 2014 (act. II 022) gemeldete Ereignis Versicherungsleistungen erbracht, diese indes mit der Begründung, die unfallbedingte Ursache des Schulterleidens sei spätestens zwölf Wochen nach dem Ereignis weggefallen, per 30. April 2014 eingestellt (act. II 032 und 043). Die Beweislast für den Nachweis dieser anspruchsaufhebenden Tatsache liegt demnach bei der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.3 vorne).

**3.2** Zur Frage der gesundheitlichen Einschränkungen in der rechten Schulter sowie des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 4. Februar 2014 und den geklagten Beschwerden ergeben die Akten im Wesentlichen das folgende Bild:

**3.2.1** Ein am 4. März 2014 (act. II 003) durchgeführtes Arthro-MRI der rechten Schulter ergab eine AC-Gelenkarthrose, eine transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne – am ehesten in Folge eines chronischen,

subacromialen Impingements –, eine Tendinitis der intraartikulären langen Bizepssehne sowie einen älteren Knocheninfarkt der proximalen Diaphyse und Metaphyse des Humerus.

**3.2.2** Mit zu Händen von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, verfasstem Überweisungsschreiben vom 8. März 2014 (act. II 004) hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, seit dem Sturz am 4. Februar 2014 bestehe ein Schmerzsyndrom und eine Bewegungseinschränkung in der rechten (dominanten) Schulter. Deswegen sei eine Konsultation am 24. Februar 2014 erfolgt. Der Beschwerdeführer sei begeisterter ...spieler auf hohem Niveau; ... sei zur Zeit jedoch nicht mehr möglich.

**3.2.3** Im Bericht vom 2. April 2014 (act. II 005) diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ eine Ruptur in Kontinuität bzw. CID (concealed interstitial delamination) der Supraspinatussehne und eine diskrete Ruptur in Kontinuität der cranialen Infraspinatussehne in der rechten dominanten Schulter sowie mit Bezug auf die linke Schulter eine massive Funktionsstörung bei anamnestischer Humeruskopfnekrose bei einem Status nach konservativ therapierter, wahrscheinlich proximaler Humerusfraktur vor 20 Jahren. Bis zum Trauma vom 4. Februar 2014 habe der Beschwerdeführer nie Schmerzen in der rechten Schulter verspürt. Seit damals beständen persistierende Schmerzen im ventralen Schulterbereich bei Überkopftätigkeiten und zum Teil nachts in Rechtsseitenlage.

**3.2.4** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt im Arzzeugnis UVG vom 27. April 2014 (act. II 002) fest, die erste Behandlung sei am 24. Februar 2014 erfolgt. Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor; eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht.

**3.2.5** Am 22. Mai 2014 (act. II 007) legte die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten ihrem beratenden Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zur Beurteilung vor. Dieser hielt fest, die Gesundheitsschädigung in der rechten Schulter stehe in einem möglichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 4. Februar 2014; dieser habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung unfallfremder Faktoren geführt, wobei der Status quo sine acht bis zwölf Wochen nach dem Ereignis wieder erreicht gewesen sei.

**3.2.6** Mit Bericht vom 27. Mai 2014 (act. II 008) diagnostizierte Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine posttraumatische Rotatorenmanschettenruptur (Supraspinatus) dominant rechts. Das Arthro-MRI vom 4. März 2014 (act. II 003) zeige einen im wesentlichen intakten Subscapularis, eine möglicherweise ganz leichte Subluxationstendenz des Biceps, eine transmurale Ruptur des ganzen ventralen Supraspinatus und eine tiefe Partialruptur von etwa 2/3 des Supraspinatus mit wahrscheinlich einer recht beträchtlichen Retraktion. Es bestehe keine fettige Infiltration auf den parasagittalen Schnitten.

Im Bericht vom 2. Dezember 2014 (act. II 011) hielt Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, mit Bezug auf die rechte Schulter liege eine posttraumatische Rotatorenmanschettenruptur vor, welche alle Charakteristika einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenruptur erfülle. Es habe keine Vorschädigung gegeben, keine Konsultationen, keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlung bis zum Unfallereignis vom 4. Februar 2014. Der Sturz auf das Eis sei geeignet gewesen, eine solche Ruptur herbeizuführen. Im MRI vom 4. März 2014 gebe es keine Atrophie und keine fettige Infiltration für den Supraspinatus, den Infraspinatus, den Teres minor und den Subscapularis. Damit sei eine chronische Schädigung ausgeschlossen.

**3.2.7** Am 28. Mai 2015 (act. II 013) erfolgte ein weiteres Arthro-MRI, dessen bildgebender Befund im Sinne einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne betreffend die anteriore Hälfte, einer Oberrandläsion der Subscapularissehne, einer guten Trophik der Rotatorenmanschettenmuskulatur sowie einer AC-Gelenks Arthrose beurteilt wurde.

Am 2. Juni 2015 (act. II 014) wurde der Beschwerdeführer an der rechten Schulter operiert. Im entsprechenden Operationsbericht wurde u.a. Folgendes festgehalten: „Diagnostischer Rundgang Ausgefranster Biceps-Pulley, Labrum intakt. Anteriore, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne an der Insertion, Infraspinatus- und Subscapularissehnen intakt. Humeraler und glenoidaler Knorpel sowie Labrum unauffällig“.

**3.2.8** Mit zu Händen der Beschwerdegegnerin verfasstem Bericht vom 28. Januar 2016 (act. II 021) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 4. Februar 2014 habe im rechten Schultergelenk ein

erheblicher Vorzustand bestanden. Gemäss Arthro-MRI habe der Sturz zu keiner relevanten Verletzung geführt. Das beschriebene Unfallereignis sei dazu auch nicht geeignet gewesen. Der Radiologe habe am 4. März 2014 eine Partialruptur beschrieben, bei der per definitionem nicht die gesamte Dicke der Sehne betroffen sei. Man unterscheide bursaseitige, interstitielle (intratendinöse) und gelenkseitige Partialrupturen. Solche Partialrupturen seien nicht traumatischer Natur, sondern krankhaft-degenerativer Ursache und oft asymptomatisch. Komplettrupturen respektive transmurale Rupturen seien gelegentlich traumatischer Ursache. Die überwiegende Zahl der Rotatorenmanschettenläsionen seien jedoch krankhaft-degenerativer Natur. Zwar indiziere die Wortwahl des Radiologen (Ruptur) Verletzungsfolgen, was aber nicht zutreffe. Eine Ruptur (Riss) könne sowohl krankhafter, als auch traumatischer Ursache sein. Ebenso impliziere das Wort „Läsion“ nicht a priori ein traumatisches Geschehen (S. 4). Wenn der Radiologe in seinem MRI-Bericht vom 4. März 2014 eine „Transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne“ diagnostiziere, sei dies ein Widerspruch in sich. Entweder es handle sich um eine Komplettruptur oder um eine Partialruptur. Sodann handle es sich bei der von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 2. April 2014 beschriebenen CID-Läsion um intratendinöse Veränderungen, welche nicht traumatischer Natur, sondern durch degenerative Veränderungen entstanden seien und bei welchen die Kontinuität der Sehne nicht unterbrochen sei. Die erneute Arthro-MRI-Untersuchung vom 28. Mai 2015 zeige, dass es jetzt ohne neues Ereignis zur vollständigen (transmuralen) Ruptur der Rotatorenmanschette gekommen sei, was – da der krankhaft degenerative Prozess weiter fortschreite – zu erwarten gewesen sei. Zusammenfassend habe im Zeitpunkt des Ereignisses vom 4. Februar 2014 im rechten Schultergelenk des Beschwerdeführers ein Vorzustand im Sinne eines subacromialen Impingements mit noch erhaltener Rotatorenmanschette, einer CID in der Supraspinatussehne, einer Tendinitis der langen Bizepssehne und einer AC-Gelenksarthrose bestanden. Durch das Ereignis sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen. Bleibende Verletzungsfolgen seien dabei keine entstanden, wobei spätestens zwölf Wochen nach dem Ereignis der Status quo sine überwiegend wahrscheinlich erreicht worden sei (S. 5 f.).

**3.2.9** Mit zu Händen des Beschwerdeführers erstelltem Bericht vom 8. Juli 2016 (act. I 3) hielt Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, es sei klar von einer unfallkausalen Pathologie auszugehen. Einerseits handle es sich bei dem Sturz um ein Unfallereignis; auch habe sich der Beschwerdeführer dabei eine unfallähnliche Körperschädigung (Listenverletzung) zugezogen. Des Weiteren sprächen die medizinischen Fakten und hier insbesondere die MR-Bildgebung vom 28. Mai 2015 gegen ein chronisches Leiden mit guter Muskelqualität aller Muskeln der Rotatorenmanschette, negativem Tangenzzeichen, beziehungsweise fehlender Atrophie des Supraspinatus und nur minimalster Retraktion der gerissenen Sehne. Es liege deshalb eine richtungsweisende Verschlechterung des Vorzustandes durch das Unfallereignis vom 4. Februar 2014 vor.

### **3.3**

**3.3.1** 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).

**3.3.2** 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).

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).

**3.3.3** 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. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

**3.4** Der Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2016 (act. II 021) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.3.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Dabei schadet nicht, dass es sich um einen Aktenbericht handelt, konnte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ seine Beurteilung doch auf einen bildgebend sowie intraoperativ und damit lückenlos erhobenen Befund abstellen; zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C\_383/2011, E. 4.2). Auch ergeben die Akten ein vollständiges Bild über die Anamnese sowie den Verlauf der rechtseitigen Schulterbeschwerden. Seine Schlussfolgerung, wonach hinsichtlich der am 2. Juni 2015 zu einem operativen Eingriff führenden Schultergelenksbeschwerden rechts zwölf Wochen nach dem Ereignis vom 4. Februar 2014 der Status quo sine eingetreten ist, leuchtet ein und ist mit Blick auf das dargelegte Argumentarium ohne weiteres nachvollziehbar.

**3.5** In seiner Beschwerde beruft sich der Beschwerdeführer auf die Berichte des behandelnden Arztes Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2014 (act. II 011) und 8. Juli 2016 (act. I 3), welcher den Kausalzu-

sammenhang zwischen dem Unfall vom 4. Februar 2014 und der Gesundheitsschädigung in der rechten Schulter auch über den verfügten Einstellungszeitpunkt hinaus bejaht bzw. insoweit von einer richtungsweisenden Verschlechterung eines Vorzustands durch das inkriminierte Ereignis ausgeht. Was seine Feststellung betrifft, wonach es keine Vorschädigung (act. II 011) gegeben habe respektive die medizinischen Fakten gegen ein chronisches Leiden sprächen (act. I 3), ist einzuwenden, dass bereits der das Arthro-MRI vom 4. März 2014 beurteilende Radiologe die Partialruptur der Supraspinatussehne „am ehesten“ als Folge eines chronischen, subacromialen Impingements interpretierte, auf welchen Umstand bzw. Vorzustand denn auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hinweist (act. II 021 S. 5). Diese Partialruptur wurde sodann vom Orthopäden Dr. med. G. \_\_\_\_\_ als CID-Läsion qualifiziert (act. II 005), wozu Dr. med. F. \_\_\_\_\_ festhielt, dass derartige (intratendinöse) Veränderungen degenerativen Ursprungs seien (act. II 021 S. 5). Zu dieser Einschätzung nahm Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. Juli 2016 keine Stellung, wies stattdessen jedoch auf anderweitige Faktoren hin, welche seines Erachtens gegen ein krankheitsbedingtes Geschehen sprächen. Dabei bezog er sich aber insbesondere auf das Arthro-MRI vom 28. Mai 2015 (act. II 013), welches über ein Jahr nach dem Unfall erstellt wurde und somit in zeitlicher Hinsicht nicht geeignet ist, einen sich von der altersüblichen oder krankheitsbedingten Progression abhebenden Befund respektive einen auch über drei Monate nach dem Unfall hinaus bestehenden Ursache-Wirkung-Zusammenhang im Sinne einer richtungsweisenden Verschlimmerung eines Vorzustandes in einer den beweisrechtlichen Vorgaben genügenden Weise zu belegen. Vielmehr wird damit – entsprechend der Einschätzung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ – lediglich, aber immerhin, das krankheitsbedingte Fortschreiten des degenerativen Prozesses dokumentiert (act. II 021 S. 5). Soweit Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Weiteren vorbringt, dass es vor dem Unfall keine Konsultationen, keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlung gegeben habe und auch der Beschwerdeführer beschwerdeweise vorbringt, er habe vor dem Unfallereignis vom 4. Februar 2014 intensiv und auf hohem Niveau ... gespielt, was nachher nicht mehr möglich gewesen sei, wird verkannt, dass die Beschwerdegegnerin den Kausalzusammenhang grundsätzlich anerkannt, dessen Bestand jedoch zeitlich begrenzt hat, weshalb der Verweis auf den angeblich schmerzlosen Vorzustand zum vornherein ins Leere

greift. Davon abgesehen, taugt 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 (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3), für den Nachweis einer (zeitlich unbefristeten) unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ohnehin nicht. Schliesslich ist mit Blick auf den auch von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ins Feld geführten Umstand, wonach Rotatorenmanschettenrupturen in der Regel bei älteren Menschen auftreten und eine klassische Abnützungsfolge darstellen (vgl. auch PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. 2011, S. 1814), zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Unfallzeitpunkt 62jährig war und gemäss eigenen Angaben intensiv und auf hohem Niveau ... spielt (vgl. Beschwerde und act. II 004) – mit entsprechender Beanspruchung der (dominanten) rechten Schulter. Auch insofern leuchtet die – im Übrigen auch von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ geteilte (act. II 007; 009) – Einschätzung, wonach es im Zuge des Ereignisses vom 4. Februar 2014 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen ist, ein.

Demnach vermögen die Berichte von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_, welche sich allesamt nicht zur Einschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ äussern, keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit zu begründen. Derlei Zweifel ergeben sich auch nicht aus den übrigen im Recht liegenden Berichten, äussern sich diese doch – wenn überhaupt – lediglich implizit (act. II 004 f.) oder ohne nähere Begründung (act. II 002) zur Kausalitätsfrage, weshalb auf den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ abzustellen ist.

**3.6** Zusammenfassend ist somit erstellt, dass die infolge eines am 4. Februar 2014 erfolgten Sturzes eingetretene vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der rechten Schulter nach zwölf Wochen wieder abgeklungen war, weshalb die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 30. April 2014 eingestellt hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Juli 2016 ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

**4.**

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

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft 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.