

200 16 887 UV  
SCP/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Januar 2017**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 22. August 2016 (Referenz:  
03.00733.15.8 / Betreff: E2270/16)

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Bagatellunfall-Meldung am 29. Dezember 2014 auf einer schneebedeckten Baustelle ausrutschte und sich eine Verletzung der linken Schulter zugezogen haben soll (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). Die Suva erbrachte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung (AB 2). Mit Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 23) verneinte sie ihre Leistungspflicht für eine Schulteroperation vom 3. Mai 2016, daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 28 f.) mit Entscheid vom 22. August 2016 (AB 40) fest.

### **B.**

Mit Eingabe vom 21. September 2016 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu gewähren.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Dezember 2016 schloss die Suva (Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Ver-

waltungsgerichts 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. 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 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 22. August 2016 (AB 40). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29. Dezember 2014 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Zeit ab der Schulteroperation vom 3. Mai 2016 zu Recht verneinte.

**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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Die Unfallversicherer haben auch Versicherungsleistungen für die in der Verordnung abschliessend aufgezählten unfallähnlichen Körperschädigungen zu übernehmen, sofern diese nicht eindeutig auf Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind (aArt. 6 Abs. 2 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung; aArt. 9 Abs. 2 lit. a - h der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202], gültig gewesen bis 31. Dezember 2016).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt im Weiteren 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).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen («conditio sine qua non»; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische

Einwirkung ist also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts «conditio sine qua non» war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

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. 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). Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist (BGE 117 V 369 E. 3e S. 379).

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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungs begründende

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 blosse 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 leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

**2.2.2** Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

### **3.**

**3.1** Dass das Ereignis vom 29. Dezember 2014 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition erfüllt bzw. zumindest im Sinne einer unfallähnlichen Körperverletzung gewertet werden kann (vgl. E. 2.1 hiervor), ist unbestritten. Zwar wurde in der Bagatellunfall-Meldung (AB 1) lediglich ein Ausrutschen beschrieben, die zusätzlich angegebene Prellung der linken Schulter impliziert aber einen stattgehabten Sturz, wovon auch die beteiligten Ärzte ausgingen (AB 5, 7, 11, 14/1 f., 27/2; vgl. auch Beschwerde S. 1).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29. Dezember 2014 zunächst Leistungen erbracht (AB 2, 4) und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leis-

tungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 1. Februar 2011, 8C\_895/2010, E. 5.1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Allerdings ging sie von einem (am 3. März 2016 telefonisch gemeldeten) Rückfall aus (AB 23/1). Wohl kann ein Rückfall (vgl. Art. 11 UVV; BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2) auch nach einem stillschweigenden Fallabschluss vorliegen, soweit zu einem bestimmten Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten (vgl. Entscheid des BGer vom 18. März 2010, 8C\_947/2009, E. 2.2). Es liegen jedoch keine Zahlungsbelege vor weshalb auch nicht klar ist, bis wann die Beschwerdegegnerin Heilbehandlung gewährte, die leistungsfreie Zeit war aber offensichtlich relativ kurz und es bestehen auch keine Hinweise für ein beschwerdefreies Intervall vor der Schulteroperation. Damit ist fraglich, ob tatsächlich ein Rückfall vorliegt oder der Leistungsanspruch nicht vielmehr unter dem Aspekt des Grundfalls zu beurteilen ist. Wie es sich damit verhält, kann letztlich aber offen bleiben, denn diese Frage beschlägt lediglich die objektive Beweislast im Falle einer hier nicht gegebenen Beweislosigkeit.

**3.3** Den Akten lassen sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.3.1** Vom erstbehandelnden (AB 1 Ziff. 10) Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, liegt kein Bericht vor. Indes ergibt sich aus den Akten, dass er eine bildgebende Untersuchung des linken Schultergelenks veranlasste und den Beschwerdeführer zur konsiliarischen Abklärung an Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, überwies.

**3.3.2** Die MRI-Arthrographie vom 15. Januar 2015 zeigte tendinotische Veränderungen der Supraspinatussehne mit Zeichen eines Reizzustandes bursaseitig sowie einen Nachweis einer umschriebenen kleinen rein intrasubstanziellen Footprint-Läsion im dorsalen Randbereich der Supraspinatussehnen-Insertion. Zudem offenbarte sich eine Tendinose mit partiellem kurzstreckigem Längssplitt am Oberrand der Subscapularissehne und eine

deutlich tendinotische lange Bizepssehne intraartikulär mit beginnend leichter medialer Subluxationstendenz (AB 7).

**3.3.3** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Konsiliarbericht vom 12. Februar 2015 (AB 5) ein posttraumatisches subakromiales Impingement links bei Verdacht auf Teilruptur der Supraspinatus-Insertion. Er nahm eine Schulter-Infiltration vor und verordnete eine Serie Physiotherapie (AB 3). Sodann führte er am 3. Mai 2016 zunächst eine diagnostische Schulterarthroskopie links sowie anschliessend eine offene Akromioplastik, eine Bizepsstenodese sowie eine Rekonstruktion der Supraspinatussehne links durch. Als Indikationsdiagnose führte er im Operationsbericht (AB 11 f.) eine Partialruptur der langen Bizepssehne links, ein rupturiertes Bizepspulleysystem links, eine Supraspinatusruptur links und eine kraniale Subscapularissehne links auf.

**3.3.4** Auf Vorlage der Akten gelangte der Suva -Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, am 4. Mai 2016 zum Schluss, dass die geltend gemachten Beschwerden der linken Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. Dezember 2014 zurückzuführen seien (AB 13). In seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2016 (AB 14) präzisierte er, dass der Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes mit einer zu erwartenden Ausheilung innerhalb von einem halben Jahr geführt habe, Hinweise auf eine richtunggebende Verschlimmerung des vorbestehenden Leidens ergäben sich nicht.

**3.3.5** Am 6. Juni 2016 (AB 26) beschrieb Dr. med. D. \_\_\_\_\_ einen guten postoperativen Verlauf und vertrat im Schreiben vom 8. Juni 2016 (AB 27) die Meinung, dass die linksseitigen Schulterbeschwerden eindeutig Unfallfolgen darstellten. Vor dem Sturzereignis auf Glatteis mit axialer Stauchung des linken Arms sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei gewesen. Der intraoperative Befund spreche dem axialen Stauchtrauma der linken Schulter. Mit den MRI-Befunden könne dagegen ein posttraumatisches Geschehen weder nachgewiesen noch ausgeschlossen werden, als erstes zählten die Anamnese, die klinischen Befunde und die subjektiven Beschwerden.

**3.3.6** In der Folge edierte die Beschwerdegegnerin die intraoperative Bilddokumentation (AB 33) und legte die Akten erneut dem Suva-Kreisarzt vor. Dieser erklärte in seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2016 (AB 36), die im Rahmen der Operation vorgefundenen Veränderungen bestätigten auch in der Fotodokumentation den degenerativen Charakter der Strukturstörung des linken Schultergelenks. Die objektivierbaren Untersuchungsergebnisse hätten postoperative strukturelle Läsionen nicht nachgewiesen. Eine vom Unfallereignis bis zur Operation erfolgte Zunahme der Degeneration des Schultergelenks sei anzunehmen, sodass sich zum Zeitpunkt des Eingriffs eine weitere Veränderung im Schultergelenk ergeben habe, die leider präoperativ nicht nochmals dokumentiert werden können, da eine erneute Kernspintomographie – wie üblich – nicht durchgeführt worden sei.

**3.4** 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).

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).

**3.5** Die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 12. Mai (AB 14) bzw. 7. Juli 2016 (AB 36) erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringen vollen Beweis, womit sich das Einholen eines «neutralen Gutachtens» (AB 27/2) erübrigt. Der Beschwerdeführer verzichtete – trotz gerichtlich verlängerter Frist (vgl. prozessleitende Verfügung vom 10. Oktober 2016) – darauf, die in Aussicht gestellte «ausführlichere Stellungnahme» des behandelnden Orthopäden (Beschwerde S. 2) nachzureichen und es besteht bei dieser Ausgangslage keine Veranlassung zur Abnahme weiterer Beweise (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

**3.5.1** Dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine eigene klinische Exploration vornahm, schmälert den Beweiswert seiner Schlussfolgerungen nicht. Einerseits konnte er sich aufgrund der anamnestischen Angaben in den Vorakten, der Bildgebung sowie den dokumentierten intraoperativen Befunden ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) und andererseits wären aus einer persönlichen Untersuchung nach der stattgehabten Schulteranierung für die sich hier stellenden Fragen keine zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen gewesen.

**3.5.2** Die fachärztliche Beurteilung des Suva-Kreisarztes beruht auf einer sorgfältigen Würdigung der medizinischen Akten und ist nachvollziehbar sowie überzeugend. Zwar ist hinsichtlich der Unfallanamnese nicht restlos klar, ob der Beschwerdeführer direkt auf die linke Schulter stürzte oder er den Sturz mit dem Arm abzufangen versuchte, wodurch es biomechanisch zu einer axialen Stauchung kam. Jedenfalls ist augenfällig, dass bereits am 15. Januar 2015, also relativ kurz nach dem inkriminierten Ereignis vom 29. Dezember 2014, im MRI unter Kontrastmittel an der Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie auch an der langen Bizepssehne tendinotische Veränderungen – mithin eine nichtentzündliche degenerative Pathologie (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl., S. 2091; GRIFKA/KRÄMER, Orthopädie Unfallchirurgie, 9. Aufl. 2013, S. 20) – objekti-

viert werden konnte (AB 7). Zudem wies Dr. med. E. \_\_\_\_\_ richtigerweise darauf hin, dass im entsprechenden Befundbericht (AB 7) weder ein «Bone Bruise» noch ein Ödem beschrieben wurde (AB 14/2), womit Indizien für eine nennenswerte Gelenktraumatisierung fehlten (vgl. WEI-SE/SCHILTENWOLF [Hrsg.], 2008, Grundkurs orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung, S. 176 und 205). Gemäss Suva-Kreisarzt zeigte auch die intraoperativ angefertigte Fotodokumentation (AB 33) eine degenerative Schultererkrankung mit Sehnenveränderungen, wobei bis zum Eingriff im Mai 2016 eine Zunahme der Degeneration anzunehmen sei (AB 36/2 f.). Vor diesem Hintergrund ging er einleuchtend davon aus, dass der Unfall höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes geführt hat, die – mit Blick auf medizinwissenschaftliche Erfahrungswerte – innerhalb von einem halben Jahr ausgeheilt war (AB 14/2).

**3.5.3** Die seitens des Beschwerdeführers und von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ an der kreisärztlichen Beurteilung geübte Kritik verfängt nicht. Diesbezüglich kann grundsätzlich auf die in allen Teilen zutreffenden Ausführungen in der Beschwerdeantwort verwiesen werden. Hervorzuheben ist, dass der behandelnde Orthopäde in eine beweisrechtlich nicht zulässige (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) «post hoc ergo propter hoc»-Argumentation verfällt (wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist), soweit er sich auf die vor dem Ereignis vom 29. Dezember 2014 angeblich bestandene Beschwerdefreiheit beruft (AB 27/2). Entgegen der von ihm sinngemäss vertretenen Auffassung (AB 27/2) sind die subjektiven Beschwerden im Übrigen nicht auf dieselbe Stufe wie die Anamnese und die klinischen Befunde zu stellen, denn im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung ist allemal erforderlich, dass subjektive (Schmerz-)Angaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Ob ein stummer (asymptomatischer) Vorzustand vorlag oder der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall funktionelle Einschränkungen bemerkte bzw. über Schmerzsymptome klagte, ist für die Frage, ob der Sturz zu einer vorübergehenden oder richtunggebenden Veränderung geführt hat, letztlich nicht entscheidend.

4. Nach dem vorstehend Dargelegten hat nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt zu gelten, dass das versicherte Ereignis vom 29. Dezember 2014 höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes führte und der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Operation vom 3. Mai 2016 (AB 11 f.) eingetreten war. Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit den linksseitigen Schulterbeschwerden in der Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 23) somit zu Recht ab diesem Zeitpunkt. Der diese Verfügung bestätigende Einspracheentscheid vom 22. August 2016 (AB 40) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als offensichtlich unbegründet und ist abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (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):

- A. \_\_\_\_\_
- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
- 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.