

200 24 462 UV
KOJ/GET/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. September 2024

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

Suva

Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 28. Mai 2024



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der B. _____ AG als ... angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 29. September 2014 beim ... auf die rechte Schulter stürzte (Akten der Suva [act. II] 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht, indem sie die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbrachte (act. II 2).

Mit Schadenmeldung UVG vom 23. Oktober 2023 (act. II 10) wurde der Suva ein Rückfall vom 29. Juli 2023 gemeldet. Danach habe der Versicherte beim Ziehen eines ... einen Stich in der rechten Schulter verspürt und sich eine Verrenkung daselbst zugezogen. Die Suva zog Berichte behandelnder Ärzte bei und legte das Dossier Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Versicherungsmedizin Suva, zur Beurteilung vor (act. II 28). Mit Schreiben vom 29. Dezember 2023 (act. II 29) stellte die Suva formlos die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Damit war der Versicherte nicht einverstanden (act. II 34), woraufhin die Suva weitere Abklärungen tätigte und das Dossier abermals Dr. med. C. _____ zur Beurteilung unterbreitete (act. II 46). Mit Verfügung vom 22. Februar 2024 (act. II 48) bestätigte die Suva die Verneinung eines Leistungsanspruchs mit der Begründung, zwischen dem Ereignis vom 29. September 2014 und den mit Rückfallmeldung vom 23. Oktober 2023 gemeldeten Schulterbeschwerden rechts bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Die dagegen vom Versicherten am 1. März 2024 mündlich erhobene Einsprache (act. II 55) wies die Suva mit Entscheid vom 28. Mai 2024 ab (act. II 59).

B.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 27. Juni 2024 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sowie die Ausrichtung von Leistungen betreffend die Schulterbeschwerden rechts.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 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 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 Angefochten ist der die Verfügung vom 22. Februar 2024 (act. II 48) bestätigende Einspracheentscheid vom 28. Mai 2024 (act. II 59). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit den Schulterschmerzen rechts.

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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie vorliegend – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.3 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).

2.4 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.5 Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV 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; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. 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. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_61/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 3.2).

2.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

3.

Die Beschwerdegegnerin prüfte die mit Rückfallmeldung vom 23. Oktober 2023 geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts ausschliesslich unter dem Blickwinkel eines potentiellen Rückfalls (Art. 11 UVV; vgl. E. 2.5 vorne) zum Unfallereignis (Art. 4 ATSG; vgl. E. 2.3 vorne) vom 29. September 2014. Hierzu ist Folgendes festzuhalten:

3.1 Zwar wird in der Rückfallmeldung vom 23. Oktober 2023 (act. II 10) unter "6. Sachverhalt" ein Ereignis "Übrige Tätigkeiten: Im gezogen und durch dann grossen Kraftaufwand gab es wie einen Stich in der Schulter. (Luxation)" geschildert und als Rückfalldatum der 29. Juli 2023 vermerkt. Jedoch ergeben sich aus den übrigen Akten, namentlich auch aus den medizinischen Berichten, keine Anhaltspunkte dafür, dass im fraglichen Zeitpunkt oder in unmittelbarer zeitlicher Nähe dazu ein spezifisches Ereignis die Beschwerden ausgelöst hätte. Vielmehr ist die Rückfallmeldung vor dem Hintergrund seit 2019 immer häufiger auftretender Schulterbeschwerden rechts zu sehen, wie dies der Beschwerdeführer in seinen Ausführungen vom 26. Juni 2024 (act. I Anlage 7 S. 2) selber festhielt. Danach habe "alles wieder im Jahre 2019 bei einem ... beim ..." begonnen, einen Arzt habe er damals jedoch nicht aufgesucht. Dies sei erst im Oktober 2023 erfolgt, nachdem im Laufe des Jahres 2022 auch nachts und nach alltäglichen Belastungen Schulterschmerzen aufgetreten seien. Aus diesen Ausführungen, welche sich mit den anamnestischen Angaben im Bericht von Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 27. Oktober 2023 (act. II 14 S. 2) decken, ergibt sich kein klar benennbares und im Sinne von Art.

4 ATSG oder Art. 6 Abs. 2 UVG (BGE 146 V 51 E. 8.6 S. 69) potentiell tatbestandsmässiges Ereignis vom 29. Juli 2023 oder in zeitlicher Nähe dazu.

3.2 Ferner folgt aus den Akten, dass der Grundfall (im Zuge des Ereignisses vom 29. September 2014) Ende November 2014 (act. II 43), spätestens jedoch im Januar 2015 (act. I Anlage 5; vgl. den letzten Eintrag von Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 13. Januar 2015), abgeschlossen war, was sich mit den Angaben des Beschwerdeführers deckt (act. I Anlage 7 S. 2). Zwar erfolgte der Fallabschluss weder mittels Verfügung noch formlos. Doch war im damaligen Zeitpunkt nicht mit einer baldigen erneuten Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zu rechnen, weshalb die Beschwerdegegnerin die mit Rückfallmeldung vom 23. Oktober 2023 erneut geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts und den daraus abgeleiteten Leistungsanspruch nicht im Rahmen des Grundfalls, sondern als Rückfall zu beurteilen hatte (vgl. Entscheid des BGer vom 31. Juli 2013, 8C_400/2013, E. 4). In der Folge legte die Beschwerdegegnerin der medizinischen Abklärung (Art. 43 ATSG) zu Recht einzig einen Rückfall zugrunde.

4.

Zur Entwicklung der rechtsseitigen Schulterbeschwerden sowie zur Kausalität lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Ein am 31. Oktober 2014 durchgeführtes MRI wurde wie folgt beurteilt: "Kontusioniertes AC-Gelenk [AC = Acromio-Clavicular] mit wenig Erguss. Regelrechte Artikulation glenohumeral, intaktes Labrum. Leichte Tendinopathie der Supraspinatussehne ansatznahe, keine Ruptur. Übrige Rotatorenmanschette regelrecht" (act. II 7).

4.2 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 28. November 2014 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] Anlage 5) fest, der Beschwerdeführer habe eine AC-Gelenksluxation Tossy I-II. Die einfachste Massnahme sei eine AC-Gelenks-Infiltration.

4.3 Dr. med. D._____ diagnostizierte im Bericht vom 27. Oktober 2023 (act. II 14 S. 2 f.) eine dorsale Schulterinstabilität rechts mit/bei multi-direktionaler Laxität rechts auf der dominanten Seite sowie einen St. n. (= Status nach) AC-Gelenksluxation Tossy I – II (Rockwood I – II) im Jahr 2014. Unter Anamnese hielt Dr. med. D._____ fest, nach der Verletzung beim ... 2014 sei der Beschwerdeführer mittels einer AC-Infiltration behandelt worden. Dies habe zu einer Beschwerdefreiheit beigetragen und der Beschwerdeführer sei bis 2019 beschwerdefrei und als ... voll einsatzfähig gewesen. Im Herbst 2019 sei es bei einem ... beim ... ins Leere zu einer ersten Schultersubluxation-/Luxation rechts mit Selbstreposition gekommen. Dann seien immer wieder Schulterluxationen bei Überkopfbewegungen, z.B. Sprung in den See oder bei Überkopfarbeiten während der Arbeit, z.B. beim ..., aufgetreten. Der Beschwerdeführer könne die Luxation mit einer Gegenbewegung jeweils wieder reponieren. Er sei Rechtshänder. Der Verlauf sei etwas schwankend, er habe damals im 2019 keine neue Unfallmeldung gemacht. Das Ganze stehe aber wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Ereignis aus dem Jahre 2014 (S. 2).

4.4 Ein Arthro-MRI der rechten Schulter vom 3. November 2023 wurde wie folgt beurteilt: "Relative Einengung des subakromialen Raumes bei möglicher Impingement-Konstellation. Bild einer kleinen PASTA-Läsion [PASTA = Partial Articular Surface Tendon Avulsion] der Supraspinatussehne mit intrinsischen Einrissen bei Tendinopathie. Dringender Verdacht auf kleine gelenkseitige Partialruptur der Infraspinatussehne. SLAP-III-Läsion am Bizepssehnenanker. Labrumriss posterior inferior mit Knorpelbeteiligung bei möglich inverser Bankart-Läsion. Keine manifeste inverse Hill-Sachs-Läsion. Erhaltene glenohumerale Bänder " (act. II 22 S. 1).

4.5 Dr. med. D._____ hielt im "Verlaufsprotokoll" vom 9. November 2023 (act. II 26) fest, die Befunde gemäss Arthro-MRI vom 3. November 2023 seien in Ansätzen auch im MRI aus dem Jahre 2014 bereits vorhanden gewesen.

4.6 Dr. med. C._____ hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 22. Dezember 2023 (act. II 28) fest, nach eigener Einsicht in die echtzeitliche Bildgebung vom 31. Oktober 2014 könnten keine strukturellen Läsionen in Folge des Ereignisses am 29. September 2014 objekti-

viert werden. Im fachradiologischen Bericht vom 31. Oktober 2014 würden explizit "intaktes Labrum" und "keine Ruptur" der Rotatorenmanschette bzw. "Kontinuitätserhaltene glenohumerale Bänder" dokumentiert. Die am 27. Oktober 2023 aufgeführte "Schulterinstabilität" bei multidirektionaler Laxität könne somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. September 2014 zurückgeführt werden (S. 1).

4.7 Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im Bericht vom 25. Januar 2024 (act. II 39 S. 2 f.) die folgende Diagnose:

Posteriore Schulterinstabilität mit habituellen und willkürlichen dorsalen Schulterluxationen rechts, dominant mit/bei:

- St.n. Symptombeginn im Rahmen eines Schulterkontusions-
traumas beim ... 2014
- asymptomatischen Luxationen seit einer glenohumeralen
Infiltration 2014
- erneuter Symptombeginn nach Distorsionstrauma beim
Squashspielen

In der Beurteilung ("Vidit et dixit Prof. ...") hielt er fest, es bestehe eine posteriore Instabilität mit multiplen habituellen und willkürlichen Schulterluxationen. Der Symptombeginn sei auf das Trauma von 2014 zurückzuführen. Zwischenzeitlich komme es täglich zu ca. 100 Luxationen (S. 3).

4.8 Dr. med. C._____ hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 14. Februar 2024 (act. II 46) fest, echtzeitlich könne weder anamnestisch noch radiologisch eine Schulterluxation am 29. September 2014 objektiviert werden. In keinem echtzeitlichen KG-Eintrag (KG = Krankengeschichte) der G._____ AG werde eine stattgehabte Schulterluxation dokumentiert. Laut KG-Eintrag vom 30. September 2014 sei ein Röntgen der rechten Schulter erfolgt, wobei explizit "keine Fraktur, keine Luxation" festgehalten worden sei. Nachdem am 31. Oktober 2014 ein MRI der rechten Schulter durchgeführt worden sei, werde als Diagnose eine AC-Gelenkskontusion aufgeführt. Bestätigt werde dies im Sprechstundenbericht vom 27. Oktober 2023, wobei Dr. med. D._____ korrekt zwischen einer "AC-Gelenksluxation Tossy I-II [...] im 2014" und einer unfallfremden Schulterinstabilität rechts unterscheide. Nach eigener Ein-

sicht in das echtzeitliche MRI vom 31. Oktober 2014 fänden sich keine Hinweise für eine stattgehabte Schulterluxation bzw. es könnten keine strukturellen Läsionen in Folge des Ereignisses objektiviert werden (S. 3). Die geklagten Schulterbeschwerden rechts seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 29. September 2014 zurückzuführen (S. 4).

5.

5.1

5.1.1 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.1.2 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den

Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). 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).

5.1.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte – zu welchen auch beratende Ärzte eines Versicherungsträgers zählen (Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 2.3) – 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. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Insbesondere sind die Kreisärzte nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharzttitel (Entscheid des BGer vom 15. Juni 2023, 8C_51/2023, E. 5.2).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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 142 V 58 E. 5.1 S. 65; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

5.2 Die Berichte von Dr. med. C. _____ vom 22. Dezember 2023 (act. II 28) und vom 14. Februar 2024 (act. II 46) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 5.1.2 vorne) und erbringen vollen Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um Aktenberichte handelt, erfolgten die Stellungnahmen doch basierend auf einem bildgebend und damit lückenlos erhobenen Befund (vgl. E. 4 vorne). Ge-

stützt auf diese Berichte lässt sich die vorliegend im Streit stehende Kausalitätsfrage zuverlässig beurteilen. Der Schluss von Dr. med. C. _____, wonach die am 27. Oktober 2023 aufgeführte "Schulterinstabilität" bei multidirektionaler Laxität bzw. die am 25. Januar 2024 festgehaltene "Posteriore Schulterinstabilität mit habituellen und willkürlichen dorsal Schulterluxationen rechts" nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 29. September 2014 zurückgeführt werden könne (act. II 46 S. 4), leuchtet ein und ist mit Blick auf das dargelegte Argumentarium ohne weiteres nachvollziehbar.

5.3 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, verfängt nicht:

5.3.1 Es trifft zu, dass Dr. med. F. _____ im (die Sprechstunde vom 23. Januar 2024 betreffenden) Bericht vom 25. Januar 2024 (act. II 39 S. 3, "Vidit et dixit Prof. ...") festhielt, der Symptombeginn der multiplen habituellen und willkürlichen Schulterluxationen sei auf das Trauma von 2014 zurückzuführen, was einer zumindest impliziten Bejahung der Kausalität zum Unfall vom 29. September 2014 gleichkomme. Jedoch steht diese Einschätzung isoliert und ohne jegliche Begründung im Raum. Insbesondere findet sich im Bericht keine Auseinandersetzung mit den echtzeitlichen, mittels MRI vom 31. Oktober 2014 (act. II 7) bildgebend zur Darstellung gebrachten Befunden und den darauf basierenden anderweitigen Einschätzungen von Dr. med. C. _____ vom 22. Dezember 2023 (act. II 28) und vom 14. Februar 2024 (act. II 46). Dieser hielt – nach eigener Einsicht in die Bildgebung – fest, dass damals keine strukturellen Läsionen infolge des Ereignisses vom 29. September 2014 hätten objektiviert werden können. Dies deckt sich mit der damaligen fachradiologischen Einschätzung, wonach lediglich ein kontusioniertes AC-Gelenk mit wenig Erguss, im Übrigen jedoch eine regelrechte Artikulation glenohumeral sowie ein intaktes Labrum festgestellt, eine Ruptur der Supraspinatussehne zudem ausgeschlossen und auch die Rotatorenmanschette für regelrecht befunden wurden (act. II 7).

5.3.2 Die von der G. _____ AG dokumentierte Krankengeschichte enthält sodann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers im Eintrag vom 30. September 2014 gerade keinen Hinweis auf eine Luxation. Gegenteilig wurde nach Durchführung einer radiologischen Untersuchung

"keine Fraktur, keine Luxation" festgehalten (act. I Anlage 1), worauf auch Dr. med. C. _____ im Bericht vom 14. Februar 2024 hinweist (act. II 46 S. 3). Im Eintrag vom 4. November 2014 findet sich dann zwar der Vermerk "Mögliche Subluxation Schulter rechts", jedoch reicht die blossе Möglichkeit nicht aus bzw. kann eine Tatsache nur dann als bewiesen angenommen werden, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429). Zudem wurde diese (allein mögliche) Diagnose im darauffolgenden Eintrag vom 12. November 2014 nicht mehr erwähnt (act. I Anlage 1).

5.3.3 Ferner hielt Dr. med. E. _____ im Bericht vom 28. November 2014 (act. I Anlage 5) unter "Beurteilung und Procedere" fest, der Beschwerdeführer habe eine AC-Gelenksluxation Tossy I-II. Wie der Beschwerdeführer an sich zu Recht geltend macht, fand dieser Bericht in der Stellungnahme von Dr. med. C. _____ vom 14. Februar 2024 (act. II 46) keine Erwähnung. Allerdings wurde die von Dr. med. E. _____ aufgeführte Diagnose, deren Herleitung von diesem nicht begründet wird, im Bericht von Dr. med. D. _____ vom 27. Oktober 2023 (act. II 14 S. 2 f.) unter "St. n." wiederum aufgenommen und in der Folge von Dr. med. C. _____ diskutiert, welcher darauf hinwies, dass sich im MRI vom 31. Oktober 2014 keine Hinweise für eine stattgehabte Schulterluxation fänden (act. II 46 S. 3). Dies überzeugt, nachdem die damals beurteilende Radiologin bei der Befundung "wenig Erguss im AC-Gelenk bei wahrscheinlich Zustand nach Kontusion" – nicht Luxation – festhielt (act. II 7). Vor diesem Hintergrund ändert auch die Einschätzung von Dr. med. D. _____ im KG-Eintrag vom 9. November 2023, wonach die im Arthro-MRI vom 3. November 2023 zur Darstellung gebrachten Befunde "in Ansätzen auch im MR aus dem 2014 bereits vorhanden" gewesen seien (act. II 26), nichts, da dies weder mit der damaligen fachradiologischen Beurteilung noch mit der aktuellen Einschätzung von Dr. med. C. _____ in Einklang zu bringen ist. Darüber hinaus ist die Formulierung "in Ansätzen [...] bereits vorhanden" zu vage, um bereits daraus geringe Zweifel an der Einschätzung von Dr. med. C. _____ weckende Indizien (vgl. E. 5.1.3 vorne) ableiten zu können, zumal sie nicht in Auseinandersetzung mit den gegenteiligen Einschätzungen von Dr. med. C. _____ erfolgte. Schliesslich wird im Bericht vom 27. Oktober 2023 zwar "Das Ganze" als wahrscheinlich im

Zusammenhang mit dem Unfall 2014 stehend beurteilt (act. II 14 S. 2), jedoch erfolgte diese Feststellung einzig unter "Anamnese", womit sie eher eine Folgerung des Beschwerdeführers als eine Einschätzung von Dr. med. D. _____ darstellt.

5.3.4 Im Weiteren findet sich in den Unterlagen der H. _____ der handschriftliche Vermerk "sublux." (act. I Anlage 6). Die erste Notiz stammt vom 20. Oktober 2014 und erfolgte damit vor Kenntnis der Ergebnisse der bildgebenden Untersuchung vom 31. Oktober 2014, welche keine strukturellen Läsionen zu Tage förderte. In der zweiten Notiz zum Behandlungsverlauf vom 28. November 2014 wurde direkt Bezug genommen auf die Einschätzung von Dr. med. E. _____ ("laut E. _____ auch Sublux"), woraus der Beschwerdeführer jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten kann (vgl. E. 5.3.3 hiervor). Sodann wurde auch in der Verordnung vom 4. November 2014 unter "Diagnose" lediglich eine "mögliche Subluxation Schulter re" vermerkt (act. I Anlage 6).

5.3.5 Schliesslich verweist der Beschwerdeführer auf seinen persönlichen Bericht vom 26. Juni 2024 (act. I Anlage 7) zum Verlauf der Schulterbeschwerden rechts. Danach sei er nach den Behandlungen durch Dr. med. E. _____ zwar schmerzfrei gewesen, jedoch sei eine Instabilität der Schulter verblieben (S. 2). Für eine unmittelbar nach Abschluss des Grundfalls (vgl. E. 3.2 vorne) bestehende Schulterinstabilität finden sich jedoch keine medizinischen Belege. Vielmehr wird im Bericht von Dr. med. D. _____ vom 27. Oktober 2023 – welcher im Gegensatz zur hier diskutierten Sachverhaltsdarstellung des Beschwerdeführers noch vor der Mitteilung der Beschwerdegegnerin hinsichtlich des fehlenden Leistungsanspruchs (act. II 29) erstellt wurde – als Beginn der Schulterinstabilität (mit einer ersten Luxation/Subluxation) der Herbst 2019 genannt (act. II 14 S. 2). Ungeachtet dessen ist aber ohnehin entscheidend, dass mit Blick auf den sehr langen Zeitraum zwischen dem Behandlungsabschluss im Januar 2015 und der erneuten Geltendmachung von Schulterbeschwerden rechts im Oktober 2023 strenge Anforderungen an den Kausalitätsnachweis zu stellen sind (vgl. E. 2.5 vorne) und dieser Nachweis in Anbetracht des Fehlens von ärztlich dokumentierten Brückensymptomen

(zu deren Relevanz vgl. Entscheid des BGer vom 4. August 2022, 8C_120/2022, E. 5.3.3) nicht gelingt.

5.3.6 Demnach begründen weder die im Recht liegenden medizinischen Berichte noch die Vorbringen des Beschwerdeführers (geringe) Zweifel am Beweiswert der Stellungnahmen von Dr. med. C._____ vom 22. Dezember 2023 (act. II 28) und vom 14. Februar 2024 (act. II 46). Soweit der Beschwerdeführer postuliert, die Leistungsablehnung sei auf unzureichenden Annahmen erfolgt und daraus ein Antrag auf Rückweisung zwecks weiterer Abklärungen zu erblicken wäre, könnte dem nicht gefolgt werden, erweist sich der Sachverhalt doch als hinreichend abgeklärt.

5.4 Zusammenfassend gelingt es dem (beweisbelasteten) Beschwerdeführer nicht, den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. September 2014 und den im Oktober 2023 als Rückfall gemeldeten Schulterschmerzen rechts mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzutun (vgl. E. 2.4 f. vorne), womit kein Leistungsanspruch besteht (vgl. E. 2.2 vorne). Demnach erging der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Mai 2024 (act. II 59) zu Recht und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat (der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer) keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Suva
 - 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.