

200 14 17 UV
SCP/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. September 2014

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. November 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der SUVA obligatorisch unfallversichert, als er am 4. Januar 2006 beim Skifahren stürzte und sich die linke Schulter verletzte. Im Zusammenhang mit diesem Ereignis gewährte die SUVA die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Taggeld und Heilbehandlung (vgl. Akten des Versicherten [act. I], 17-20; Akten der SUVA [act. II], 1-3).

B.

Am 8. Juni 2013 verletzte sich der Versicherte erneut an der linken Schulter, als er gemäss Unfallmeldung aus einer Höhe von vier Metern von einer wegrutschenden Leiter stürzte, zuerst mit beiden Fersen und danach mit der Schulter auf der Leiter sowie Bodenplatten aufprallte (vgl. Akten der SUVA [act. IIA], 1). Am 22. Juli 2013 konsultierte er einen Arzt und unterzog sich am 14. August 2013 einer Schulteroperation (vgl. act. IIA 14, 21).

Eine am 13. September 2013 formlos erfolgte Ablehnung ihrer Leistungspflicht (vgl. act. IIA 15) bestätigte die SUVA mit Verfügung vom 7. Oktober 2013 (act. IIA 24) mit der Begründung, dass zwischen dem Ereignis vom 8. Juni 2013 und den geklagten linksseitigen Schulterbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich ein Kausalzusammenhang bestehe. Eine hiergegen am 12. Oktober 2013 erhobene Einsprache (act. IIA 28) wies sie mit Entscheid vom 19. November 2013 (act. IIA 37) ab.

C.

Mit Eingabe vom 6. Januar 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, Beschwerde und beantragte sinngemäss, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und ihm

seien im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Juni 2013, eventualiter als Spätfolge bzw. Rückfall aus dem Vorereignis vom 4. Januar 2006, die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu erbringen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. April 2014 schloss die SUVA (fortan Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde, wobei sie unter anderem auf eine chirurgische Aktenbeurteilung ihres Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin vom 27. März 2014 (in den Verfahrensakten) verwies.

Nachdem der Beschwerdeführer auf das Einreichen einer Replik verzichtet und die Beschwerdegegnerin am 22. Mai 2014 unverlangt Schlussbemerkungen eingereicht hatte, machte der Beschwerdeführer mit Zuschrift vom 27. Mai 2014 ergänzende Ausführungen und legte am 30. Mai 2014 eine Stellungnahme des behandelnden Orthopäden vom 21. Mai 2014 (act. I 21) ins Recht.

Erwägungen:

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 Abs. 2 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 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. November 2014 (act. IIA 37), worin in Bestätigung der Verfügung vom 7. Oktober 2013 (act. IIA 24) ein Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen betreffend die linksseitigen Schulterbeschwerden im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Juni 2013 (SUVA-Schaden-Nr. 02.62963.13.6) verneint wurde. Im Einspracheentscheid nicht geprüft und damit grundsätzlich ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes stehen dagegen die seitens des Beschwerdeführers als Eventualantrag geltend gemachten Leistungsansprüche im Zusammenhang mit dem Vorereignis vom 4. Januar 2006 (SUVA-Schaden-Nr. 02.62053.06.7). Da es sich dabei um eine eng mit dem Anfechtungsobjekt verbundene und liquide Streitfrage handelt, zu der die Verwaltung in der Beschwerdeantwort Stellung nahm, kann das Beschwerdeverfahren aus prozessökonomischen Gründen darauf ausgedehnt werden (vgl. BGE 130 V 501 E. 1.2 S. 503, 122 V 34 E. 2a S. 36; SVR 2012 IV Nr. 35 S. 137 E. 3.1).

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).

2.2.1 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 blossе 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).

2.2.2 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 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Anlässlich des Unfallereignisses vom 4. Januar 2006 erlitt der Beschwerdeführer gemäss Unfallmeldung vom 23. Januar 2006 (act. I 17) eine akromioklavikuläre Subluxation der linken Schulter, welche von Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, erstversorgt und von der Hausärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, nachbehandelt wurde. Die Letztere vermerkte im Unfallschein (act. II 3) ab dem Unfalldatum eine 50%ige und ab 3. Februar 2006 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bzw. ab 17. Februar 2006 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

3.1.2 Nach dem Sturz vom 8. Juni 2013 konsultierte der Beschwerdeführer am 22. Juli 2013 seine Hausärztin. Dr. med. D._____ veranlasste eine bildgebende Untersuchung (vgl. act. IIA 14/2), diagnostizierte eine

vollständige Ruptur der Supraspinatus-Sehne und überwies den Beschwerdeführer an einen Spezialisten (vgl. act. IIA 14/1).

3.1.3 Der nachbehandelnde Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, verordnete eine Abduktionsschiene (vgl. act. IIA 11) und führte am 14. August 2013 eine schulterarthroskopische Evaluation mit Teilresektion des Labrum glenoidale anterosuperior sowie eine offene Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion mit drei transossären Ethibondnähten durch. Als Operationsindikation diagnostizierte er eine traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur mit Retraktion der Supraspinatus-Sehne links und Läsion des Labrums glenoidale anterosuperior (vgl. act. IIA 21). Er attestierte ab 13. August 2013 eine 80%ige und ab 26. September eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bzw. ab 9. Januar 2014 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (vgl. act. IIA 8, 47).

3.1.4 Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie Intensivmedizin FMH, erklärte auf Aktenvorlage am 9. September 2013, das MRI zeige klar die degenerative Natur der Schädigung, zudem spreche auch die Latenzzeit zwischen dem gemeldeten Ereignis und der Erstkonsultation gegen eine konsekutive strukturelle Schädigung (vgl. act. IIA 13). An dieser Auffassung hielt er am 3. Oktober 2013 fest (vgl. act. IIA 19).

Im Aktenbericht vom 4. Oktober 2013 (act. IIA 22) wies Dr. med. F. _____ nochmals auf die bildgebend dokumentierten degenerativen Beschwerden hin. Es sei eine fortgeschrittene Arthrose am Akromioklavikular-Gelenk mit einer alten Supraspinatus-Sehnenruptur und fettigen Muskelatrophie objektiviert worden. Eine solche Atrophie weise darauf hin, dass die Sehne bereits vor dem 8. Juni 2013 rupturiert sei. Die Ruptur sei die Folge einer prolongierten Impingement-Problematik zwischen dem osteophytären Ausläufer degenerativen Ursprungs und der Sehne des Supraspinatus-Muskels. Dieses Impingement habe eine chronische Abnutzung verursacht, die mit einer Sehnenruptur endete. Zwar habe der Beschwerdeführer als Folge des Sturzes vom 8. Juni 2013 eine Schulterprellung erlitten, welche die Beschwerden im Bereich dieses Gelenks nach sich ziehen konnte. Aus medizinischer Sicht könnten die im MRI festgestellten Schäden

der Schulter jedoch nicht auf den besagten Vorfall zurückgeführt werden. Nochmals sei zu betonen, dass sich die beschriebene Schmerzsymptomatik nach dem Ereignis vom 8. Juni 2013 zunächst in Form von Beschwerden äusserte und erst über einen Monat danach ein Arzt konsultiert worden sei.

3.1.5 Prof. Dr. med. E. _____ ging im Bericht vom 6. November 2013 (act. IIA 39) davon aus, dass die nach dem Unfall vom 8. Juni 2013 post-traumatisch bestehende Kraftlosigkeit wie auch der nächtliche Schmerz durch das Unfallereignis provoziert worden sei, da der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben davor keine Beschwerden an der linken Schulter sowie eine uneingeschränkte Kraft gehabt habe. Die Rupturzone der Supraspinatus-Sehne zeige sich im MRI glatt und scharf abgrenzbar, was ebenfalls dafür spreche, dass sich die Sehnenruptur eher kürzlich ereignet habe. Die im MRI sichtbaren degenerativen Veränderungen des Supraspinatus-Muskels seien geringgradig, so dass eine bereits länger bestehende relevante Läsion der Supraspinatus-Sehne unwahrscheinlich sei. Die Sehnenruptur sei unfallbedingt und klar mit dem Ereignis vom 8. Juni 2013 vereinbar.

3.1.6 Am 28. November 2013 führte Dr. med. F. _____ aus, die Stellungnahme von Prof. Dr. med. E. _____ (act. IIA 39) ändere nichts an seiner Beurteilung, im Übrigen habe er den Fall vor seinem Bericht vom 4. Oktober 2013 (act. IIA 22) mit dem SUVA-Kreisarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, besprochen. Bezüglich des Vorereignisses vom 4. Januar 2006 befänden sich im Schadendossier keine medizinischen Akten und im Dossier betreffend den Unfall vom 8. Juni 2013 sei kein früheres Schultertrauma erwähnt.

Am 2. Dezember 2013 ergänzte Dr. med. F. _____ seine Beurteilung vom 4. Oktober 2013 (act. IIA 39) dahingehend, dass seine ärztliche Sicht auch von Dr. med. G. _____ geteilt werde, mit dem das Gesamtbild des Falles besprochen worden sei (vgl. act. IIA 42 und 45 [deutsche Übersetzung]).

3.1.7 In der Beurteilung des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin vom 27. März 2014 (in den Verfahrensakten) erklärte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Chirurgie FMH, die geklagten Schulterbeschwerden seien weder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 4. Januar 2006 noch auf jenen vom 8. Juni 2013 zurückzuführen. Der Skiunfall vom 4. Januar 2006 habe nicht zu einer Ruptur der Supraspinatus-Sehne geführt und auch die Arthrosebildung im Schulterreckgelenk nicht nachweislich beeinflusst. Da im MRI vom 23. Juli 2013 keine Inkongruenz im Akromioklavikular-Gelenk dokumentiert sei, habe eine partielle Bandzerrung vorgelegen. Hätte das besagte Ereignis eine Ruptur der Supraspinatus-Sehne links zur Folge gehabt, wäre im MRI eine fettige Muskelatrophie in einem höhergradigen Stadium sichtbar gewesen. Hinsichtlich des Unfalls vom 8. Juni 2013 beweise das MRI das Vorliegen einer Impingement-Konfiguration, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ursächlich für eine Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatus-Sehne sei. Die festgestellte fettige Atrophie bzw. Degeneration des Supraspinatus-Muskels beweise, dass die Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatus-Sehne nicht ursächlich auf das Ereignis vom 8. Juni 2013 zurückgeführt werden könne. Das Zeitintervall zwischen dem Sturz und der Bildgebung sei zu kurz um eine fettige Muskeldegeneration nachweisen zu können. Zudem sei es biomechanisch nicht möglich, dass die erlittene Schulterkontusion zu einer Ruptur einer Sehne an der Rotatorenmanschette führe. Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer erst eineinhalb Monate nach dem Unfall seine Hausärztin konsultiert habe, spreche gegen eine am 8. Juni 2013 stattgehabte Sehnenruptur, das seitliche Anheben des linken Arms wäre unmittelbar nach dem Unfall nicht mehr möglich gewesen.

3.1.8 Mit Stellungnahme vom 21. Mai 2014 (act. I 21) stimmte Prof. Dr. med. E. _____ der Auffassung von Dr. med. H. _____, wonach eine Kontusion der Schulter nicht zu einer Ruptur der Sehne führen könne, zu. Jedoch sei durchaus möglich, dass bei einem Sturz aus vier Metern Höhe gleichzeitig ein Abstützen mit dem linken Arm erfolgt sei, was dann zu einer entsprechenden Ruptur geführt haben könnte. Was die Latenzzeit anbelange, sei es in der Regel so, dass eine frische Ruptur der Supraspinatus-Sehne sofort zu einem Defizit der Muskelkraft mit einer Unfähigkeit den

Arm anzuheben, führe. Es gäbe aber immer wieder Patienten, die mit den anderen Muskeln der Rotatorenmanschette einen kompensatorischen Bewegungsablauf ausführen könnten. Des Weiteren hätten nicht die degenerativen Veränderungen, sondern die gerissene Sehne zur Operationsindikation geführt. Ein Schulterhochstand sei nicht Zeichen einer primär degenerativen Veränderung, sondern durch die entstandene Lücke im Bereich der Sehnenruptur verursacht. Auch eine stark entzündlich veränderte Bursa subdeltoidea sei mehrere Wochen nach der primären Ruptur nicht per se eine degenerative Veränderung, sondern eine Verdickung könne auch durch einen nicht vollzogenen Heilungsprozess der abgerissenen Sehne entstanden sein. Schliesslich sei klar und offensichtlich, dass Dr. med. H._____ als Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin die verschiedenen Fakten sowie die degenerativen Veränderungen stärker gewichte als das Unfallereignis selbst und die erst seit diesem Zeitpunkt bestehenden Beschwerden.

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).

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). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

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 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. November 2013 (act. IIA 37) basiert in medizinischer Hinsicht auf den Einschätzungen von Dr. med. F._____ (vgl. act. IIA 13, 19, 22), wobei der SUVA-Kreisarzt die Situation lediglich aus allgemeininternistischer Sicht beurteilte (vgl. Beschwerde S. 5 f. Ziff. III Ziff. 15) und der konsiliarisch beigezogene Dr. med. G._____ keine schriftliche Stellungnahme abgab (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 16). Zur Frage einer allfälligen Rückfallkausalität bzw. Spätfolge in Bezug auf das Vorereignis vom 4. Januar 2006 konnte Dr. med. F._____ nicht abschliessend Stellung nehmen (vgl. act. IIA 41; Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 17).

3.3.1 Beide Parteien legten im Beschwerdeverfahren weitere medizinische Beurteilungen ins Recht (vgl. chirurgische Beurteilung vom 27. März 2014 [in den Verfahrensakten]; act. I 21), die – obwohl sie erst nach dem Erlass des Einspracheentscheids verfasst wurden – vorliegend ebenfalls zu berücksichtigen sind (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), beziehen sie sich doch auf den hier zur Diskussion stehenden Sachverhalt.

3.3.2 Dr. med. H._____ stützte die Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. F._____ hinsichtlich des Ereignisses vom 8. Juni 2013 und verneinte das Vorliegen eines Rückfalls bzw. von Spätfolgen in Bezug auf den Unfall vom 4. Januar 2006. Ihre fachärztliche Einschätzung erfüllt die höchstrichterlichen beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. E. 3.2 hievor) und überzeugt. Vorab vermag der Umstand, dass die SUVA-Ärztin in einem Arbeitsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin steht, den Beweiswert ihrer Schlussfolgerungen nicht per se zu schmälern. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass sie sich von aussermedizinischen Gesichtspunkten hätte leiten lassen, womit die diesbezügliche Kritik des behandelnden Prof. Dr. med. E._____ (vgl. act. I 21/2) nicht verfängt. Auch der Umstand, dass ihre Beurteilung nicht auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers beruht (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 27. Mai 2014 S. 3 Ziff. 4) ist unschädlich. Dr. med. H._____ hatte insbesondere Kenntnis der bildgebenden bzw. intraoperativen Befunde und von einer klinischen Exploration wären nach durchgeführter Schulteroperation ohnehin kaum zusätzliche Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Des Weiteren stimmt Prof. Dr. med. E._____ mit ihr überein, dass aus biomechanischer Sicht eine direkte Kontusion der Schulter nicht zu einem Sehnenriss führen kann, weshalb die Divergenz in den Akten nicht näher geklärt zu werden braucht, ob der Beschwerdeführer direkt auf die Schulter stürzte (vgl. act. IIA 8 Ziff. 1, 16/2, 17, 39/1) oder – wie bereits initial geschildert – zuerst auf den beiden Fersen landete (vgl. act. IIA 1 Ziff. 6, 14 Ziff. 2). Hingegen ist ein beim Sturz gleichzeitig erfolgtes Abstützen des linken Arms nirgends dokumentiert, womit nicht von der entsprechenden Mutmassung von Prof. Dr. med. E._____ (vgl. act. I 21) ausgegangen werden kann.

Dr. med. H._____ zeigte einleuchtend und nachvollziehbar auf, dass insbesondere aufgrund der unter Kontrastmittel magnetresonanztomogra-

phisch befundeten fettigen Arophie (vgl. act. IIA 14) – trotz der von Prof. Dr. med. E. _____ als glatt und scharf abgrenzbar beschriebenen Rupturzone (vgl. act. IIA 39/1) – keine frische Supraspinatus-Sehnenruptur vorgelegen haben konnte, da in der kurzen Zeit zwischen Unfallereignis vom 8. Juni 2013 und der bildgebenden Untersuchung vom 23. Juli 2013 sich noch keine derartigen Veränderung hätten zeigen können (vgl. Beurteilung S. 11). Der Operateur geht mit der versicherungsmedizinischen Beurteilung der SUVA-Ärztin einig, dass eine frische Ruptur der Supraspinatus-Sehne regelmässig sofort zu einem Defizit der Muskelkraft und einer Unfähigkeit führt, den Arm anzuheben (vgl. Beurteilung S. 5 f. und 13; act. I 21/1 Ziff. 2). Vorliegend ist nicht von einem von Prof. Dr. med. E. _____ beschriebenen Ausnahmefall auszugehen, wonach nach der frischen Sehnenruptur andere Muskeln der Rotatorenmanschette einen kompensatorischen Bewegungsablauf ausgeführt hätten. Nach der Sachverhaltsschilderung des Beschwerdeführers blieb die Schulter nicht asymptomatisch, sondern verursachte Schmerzen (vgl. act. IIA 16/2). Es ist anzunehmen, dass er – selbst wenn er funktionell keine Abduktionseinschränkung bemerkt hätte – bei einer stattgehabten traumatischen Sehnenruptur allein die damit einhergehende Schmerzsymptomatologie anlässlich der drei Tage nach dem Sturzereignis erfolgten Leistenhernien-Operation (vgl. act. IIA 29) deklariert und im Rahmen der postoperativen Untersuchungen weiteren Abklärungen zugeführt hätte. Folglich ist nachvollziehbar, dass die SUVA-Ärztin bei ihrer Beurteilung auch die die lange Latenzzeit berücksichtigte und entsprechende Schlüsse daraus zog (vgl. Beurteilung S. 10).

Es ist nicht Sache der obligatorischen Unfallversicherung, die Ursache eines Gesundheitsschadens zu erforschen, sie hat lediglich abzuklären, ob zwischen den geltend gemachten Beschwerden und einem versicherten Ereignis ein natürlicher und allenfalls adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Dezember 2011, 8C_755/2011, E. 5.2). In der chirurgischen Beurteilung (S. 10) wurde jedoch schlüssig aufgezeigt und illustriert, dass die degenerativen Veränderungen, insbesondere die subakromiale Impingement-Problematik, ursächlich für die Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatus-Sehne waren (S. 10). Damit lieferte die Beschwerdegegnerin eine plausible Erklärung für die operativ versorgte Schulterverletzung, was die fachärztliche Einschät-

zung untermauert, dass es sich nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht um eine traumatische und auf das Ereignis vom 8. Juni 2013 zurückzuführende Supraspinatus-Sehnenruptur handelte. Soweit die Auffassung von Prof. Dr. med. E. _____ damit kontrastiert, basiert sie auf einer nicht massgeblichen (hypothetischen) Annahme zum Geschehensablauf und ist damit nicht geeignet, die einlässliche und beweiskräftige Beurteilung von Dr. med. H. _____ in Zweifel zu ziehen, zumal seine Überlegungen teilweise auf der beweisrechtlich unmassgebenden Regel «post hoc, ergo propter hoc» (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) fussen, worauf die Beschwerdegegnerin zu Recht hinwies (vgl. act. IIA 37/4 E. 4; Beschwerdeantwort S. 7 Ziff. III Ziff. 6.6.3). Dies stellt keine Kritik an dessen ausgewiesenen und unbestrittenen Fachkompetenz dar (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. III Ziff. 15), ist aber beweisrechtlich entsprechend zu würdigen.

Nach dem Dargelegten verneinte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 8. Juni 2013 zu Recht. Indes wäre denkbar, dass die unbestritten vorhandenen degenerativen Veränderungen als Vorzustand durch das Ereignis vom 4. Januar 2006 entstanden und die Schulterbeschwerden eine Spätfolge oder ein Rückfall darstellten. Dies gilt es nachfolgend im Rahmen des ausgedehnten Anfechtungsgegenstandes (vgl. E. 1.2 hievor) zu prüfen.

4.

4.1 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitschädigung ein

natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des BGer vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c).

4.2 Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 27. März 2014 (in den Verfahrensakten) wurde schlüssig dargelegt, dass der Skiunfall vom 4. Januar 2006 nicht zu einer Gelenksverletzung, sondern zu einer Bandzerrung führte, welche keine Arthrose des Akromioklavikular- Gelenks zu bewirken vermag (vgl. Beurteilung S. 4 f.). Ebenso nachvollziehbar erscheint, dass bei einer bereits damals stattgehabten Sehnenruptur sich anlässlich der MRI-Untersuchung vom 23. Juli 2013 (vgl. act. IIA 14/2) degenerative Veränderungen grösseren Ausmasses in der Muskulatur gezeigt hätten (vgl. Beurteilung S. 11). Im Übrigen zeigte Dr. med. H. _____ auf, dass auch die konservative Behandlung der früheren Subluxation im Schulterreckgelenk, die erhaltene Gelenkkongruenz, der asymptomatische Verlauf sowie die kurze Teilarbeitsunfähigkeit gegen eine damals bereits rupturierte Supraspinatus-Sehne sprechen (vgl. Beurteilung S. 5). Diese Beurteilung blieb in der Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 21. Mai 2014 (act. I 21) unwidersprochen.

5. Zusammenfassend ist gestützt auf die beweiskräftige chirurgische Beurteilung von Dr. med. H. _____ vom 27. März 2014 erstellt, dass zwischen den linksseitigen Schulterbeschwerden einerseits und sowohl dem Unfall vom 4. Januar 2006 als auch jenem vom 8. Juni 2013 anderer-

seits kein natürlicher Kausalzusammenhang vorlag. Damit besteht diesbezüglich kein Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen gegenüber der Beschwerdegegnerin, folglich ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. November 2013 (act. IIA 37) nicht zu beanstanden und sprach sich die Beschwerdegegnerin im Sinne einer Prozessklärung im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zu Recht auch gegen eine Leistungspflicht unter dem Titel eines Rückfalls bzw. einer Spätfolge in Bezug auf das Vorereignis aus (vgl. Beschwerdeantwort S. 9-12 Ziff. III Ziff. 7.1-7.3). Die Beschwerde vom 6. Januar 2014 erweist sich demgemäss als unbegründet und ist abzuweisen.

Nur am Rande zu ergänzen ist, dass auch der vom Beschwerdeführer anlässlich der Befragung vom 18. September 2013 erwähnte weitere Vorfall vom 16. Februar 2013 beim Rodeln (vgl. act. IIA 16) – auf welchen der Anfechtungsgegenstand nicht ausgedehnt wurde – aufgrund des zeitlichen Verlaufs nicht zu diesen degenerativen Befunden geführt haben kann und insoweit davon auszugehen ist, dieses Ereignis habe allenfalls zu einer bloss vorübergehenden, jedoch nicht richtunggebenden Verschlimmerung des stummen degenerativen Vorzustands geführt. Dies zumal lediglich Schmerzen am linken Knöchel, in der Leistengegend und im Zahnbereich beklagt wurden.

6.

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

6.2 Die unterliegende Partei hat grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Die obsiegende Partei kann zur Bezahlung einer Parteientschädigung verpflichtet werden, wenn sich die unterliegende Partei zufolge eines rechtswidrigen Verhaltens der Gegenpartei in guten Treuen zur Prozessführung veranlasst sehen durfte (RKUV 1989 K 819 S. 332 E. 3). Dies gilt auch, wenn eine unzureichende Sachverhaltsabklärung der Verwaltung für die versicherte Person hinreichenden Anlass bildete, beim kantonalen Gericht Beschwerde zu führen (SVR 1996 IV Nr. 93 S. 284 E. 4c).

Die Beschwerdegegnerin liegt falsch, wenn sie davon ausgeht, die Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 6. November 2013 (act. IIA 39) sei erst nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 19. November 2013 (act. IIA 37) aufgelegt worden (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. III Ziff. 6.4; Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 22. Mai 2014 S. 1). Wie sich aus dem Dokumentenvermerk (vgl. act. IIA 39 [Eingangs-Datum: 18. November 2013]) ergibt, ging sie der Beschwerdegegnerin spätestens am Tag vor Erlass des Einspracheentscheids zu. Die Erforderlichkeit der Veranlassung einer vertieften versicherungsmedizinischen Auseinandersetzung mit der von Prof. Dr. med. E. _____ vertretenen Auffassung wird von der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht in Abrede gestellt (vgl. Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 22. Mai 2014 S. 1). Dem Beschwerdeführer entstand jedoch dadurch kein zusätzlicher Aufwand, verzichtete er doch – vom Gericht über die weitere Beurteilung in Kenntnis gesetzt und mit den Unterlagen bedient – binnen der gesetzten Frist auf das Einreichen einer Replik, womit der Instruktionsrichter das Beweisverfahren und damit den Schriftenwechsel für geschlossen erklärte (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 11. April und 13. Mai 2014). Das Nachholen des Versäumten – wider der klaren prozessleitenden Anordnung – im Rahmen der Eingabe vom 27. Mai 2014 des Beschwerdeführers vermag daran nichts zu ändern, gab doch die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 22. Mai 2014 nicht Anlass zur Wiederaufnahme des Schriftenwechsels.

Es ist dem unterliegenden Beschwerdeführer demgemäss keine Parteien-schädigung zuzusprechen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen für die linksseitigen Schulterbeschwerden im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 4. Januar 2006.
3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA, Rechtsabteilung
 - 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.