

200 19 396 UV  
LOU/SVE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Juni 2020**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Schwitter

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

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 24. April 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1982 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) unfallversichert, als er gemäss Schadenmeldung (Akten der Suva [act. IIA] 1) am 11. März 2017 beim Skifahren stürzte und sich dabei an der linken Schulter verletzte. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. IIA 3 f.). Nach Beizug verschiedener Arztberichte und Einholen einer Stellungnahme (act. IIA 20) beim Suva-Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte die Suva mit formlosem Schreiben vom 11. Mai 2018 (act. IIA 22) die Leistungen per 11. Mai 2018 ein. Nachdem der Versicherte darum ersucht hatte, auf den formlosen Entscheid zurückzukommen und die Leistungen nicht einzustellen, holte die Suva erneut eine Aktenbeurteilung bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ein (act. IIA 45). Mit Verfügung vom 19. Dezember 2018 (act. IIA 48) schloss sie den Fall per 11. Mai 2018 ab und stellte die Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt ein. Die D. \_\_\_\_\_ AG, bei welcher der Versicherte obligatorisch krankenkpflegeversichert war, erhob mit Schreiben vom 16. Januar 2019 (act. IIA 50) vorsorglich Einsprache, welche sie jedoch mit E-Mail vom 4. März 2019 (act. IIA 55) zurückzog. Die gegen die Verfügung vom 19. Dezember 2018 (act. IIA 48) erhobene Einsprache des Versicherten (act. IIA 51) wies die Suva mit Entscheid vom 24. April 2019 (act. IIA 58) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die E. \_\_\_\_\_ AG, lic. iur F. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 22. Mai 2019 vorsorglich und summarisch Beschwerde und beantragte, nach weiteren Abklärungen seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Weiter ersuchte er um angemessene

Frist zur Einreichung einer ausführlichen Beschwerde oder zum Beschwerderückzug nach Einsichtnahme in die Suva-Akten, welche mit Schreiben vom 16. Mai 2019 bei der Gegenpartei erbeten worden seien.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. Mai 2019 lehnte der Instruktionsrichter den Antrag um Gewährung einer Nachfrist zur Ergänzung der Beschwerde ab.

Am 17. Juni 2019 ging eine weitere Eingabe vom 14. Juni 2019 des Beschwerdeführers, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die Parteien hielten mit Replik vom 26. September 2019 und Duplik vom 28. Oktober 2019 an den gestellten Rechtsbegehren fest.

## **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** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 24. April 2019 (act. IIA 58.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11. März 2017 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 11. Mai 2018 einstellte.

**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 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).

**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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 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 entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, 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. Die blossе 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).

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 blossе 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

**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; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

**2.3** Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer solange leistungspflichtig, bis der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht (BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70). Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG erübrigt sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (BGE 146 V 51 E. 9.2 S. 70 f.).

**2.4** Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

**2.5** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stel-

len haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten erstellt und von den Parteien unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 11. März 2017 beim Skifahren stürzte und sich dabei eine Prellung an der linken Schulter zuzog (vgl. Schadenmeldung vom 21. März 2017 [act. IIA 1]), wodurch er einen Unfall im Rechtssinne (E. 2.1 hiervor) erlitt. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht, insbesondere kam sie für die Behandlung vor allem in Form von Physiotherapie auf (vgl. act. IIA 3 f.). Umstritten ist jedoch die Rechtmässigkeit der Einstellung der Versicherungsleistungen per 11. Mai 2018 (act. IIA 48, 58 S. 4 Ziff. 3 f.). Aus den medizinischen Unterlagen ergibt sich hierzu das Folgende:

**3.1.1** In der Verordnung zur Physiotherapie vom 31. März 2017 (act. IIA 6) diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine Schulterdistorsion am 11. März 2017 mit persistierenden Schmerzen (Impingement) und Nackenbeschwerden links. Ziel der Behandlung sei eine Analgesie sowie eine Entzündungshemmung und eine Verbesserung der Gelenkfunktion.

**3.1.2** In der Verordnung zur Physiotherapie vom 23. Mai 2017 (act. IIA 7) führte derselbe Arzt die gleichen Diagnosen auf, wobei das Ziel der Behandlung eine Verbesserung der Gelenkfunktion sowie eine Verbesserung der Muskelfunktion sei.

**3.1.3** Im Bericht des Röntgeninstituts H. \_\_\_\_\_ vom 30. August 2017 (act. IIA 13) hielten die Dres. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, und J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, in den Segmenten HWK 3/4 und HWK 4/5 initiale Diskusdegenerationen fest. Sonst liege ein Normalbefund vor. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine Fraktur, eine Diskushernie oder eine Wurzelkompression.

**3.1.4** Im ärztlichen Zwischenbericht vom 9. Dezember 2017 (act. IIA 14) diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ einen Skiunfall am 11. März 2017 mit einer Halswirbelsäulen- (HWS-) Distorsion und eine Schulterkontusion links. Der Beschwerdeführer sei durch einen anderen Skifahrer touchiert worden und dabei auf den Rücken gestürzt. J. \_\_\_\_\_ danach hätten Schmerzen an der linken Schulter und Nackenschmerzen eingesetzt. Initial habe eine deutliche Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, speziell betreffend Ausserrotation und Abduktion, bestanden. Zum Frakturausschluss sei die Schulter links geröntgt worden. Unter nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) und Physiotherapie sei eine Besserung eingetreten, jedoch bestünden zunehmend Schmerzen auch im Nackenbereich. Bei fehlender weiterer Besserung sei eine zusätzliche Behandlung beim Chiropraktiker erfolgt. Wegen Beschwerderesistenz sei Ende August 2017 eine Magnetresonanztomographie (MRI) der HWS veranlasst worden. Weiterhin sei die Beweglichkeit der HWS eingeschränkt: Rotation nach links bis 45, painful arc der linken Schulter ab 150. Die Behandlung sei weiter mit Physiotherapie und einem Versuch mit niedrig dosiertem Saroten erfolgt (ohne Effekt). Unter Osteopathie sei anschliessend eine leichte Besserung eingetreten. Es bestünden weiterhin Schmerzen im Nacken und der linken Schulter (Visuelle Analogskala [VAS] 1-3).

**3.1.5** Im Bericht vom 23. März 2018 (act. IIA 18) über das rheumatologische Konsilium diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Schulter-, Nacken-, Armschmerz links sowie eine Unterflächenruptur der Supraspinatussehne links nach Schulterkontusion anlässlich eines Skiunfalls am 11. März 2017 (S. 1). Der Ultraschall sei dahingehend zu beurteilen, dass eine diskrete Tendinopathie mit umschriebener Unterflächenruptur in der ventralen Portion der Supraspinatussehne links sowie eine leichte knöcherner Unregelmässigkeit mit diskreter Impression der ventralen Humeruskopfkontur und der Subscapularissehne bestünden (S. 2). Erklärend für die aktuell anhaltenden Beschwerden mit Verspannung des Supraspinatusmuskelbauchs sei die umschriebene, nur ventral darstellbare Unterflächenruptur der Supraspinatussehne. Funktionell sei die Supraspinatussehne intakt. Ganz offensichtlich sei es dem Beschwerdeführer bisher nicht gelungen, die umschriebene Sehnenläsion funk-

tionell genügend zu kompensieren. Die diskrete Impression der Humeruskopfkontur ventral sei wahrscheinlich eine ältere Geschichte und erkläre insbesondere das aktuelle Beschwerdebild nicht. Um die muskuläre Kompensation des umschriebenen Sehndefekts zu verbessern, müsse ein Schulterrehabilitationsprogramm mit Übungen gemäss dem San-Antonio-Programm erlernt und konsequent zwei bis drei Mal pro Woche über viele Monate durchgeführt werden, damit sich die Balance des Muskelspiels im Schultergürtel verbessere und die Verspannungen der Supraspinatusmuskulatur lindere (S. 2).

**3.1.6** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 7. Mai 2018 (act. IIA 20) fest, die Unterflächenläsion der Supraspinatussehne gelte in der Fachliteratur als rein degenerative Veränderung und sei keinesfalls unfallkausal. Somit sei es bei dem geltend gemachten Ereignis nicht zu einer richtunggebenden strukturellen Unfallfolge an der Rotatorenmanschette gekommen. Eine weitere Behandlung von Unfallfolgen an der Schulter sei nicht indiziert.

**3.1.7** In der Verordnung zur Physiotherapie vom 23. März 2018 (act. IIA 26) diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ eine Unterflächenläsion resp. -ruptur der Supraspinatussehne links. Ziel der Behandlung sei die Verbesserung der Muskelfunktion und eine Propriozeption sowie Koordination. Als physiotherapeutische Massnahmen führte er eine Instruktion betreffend das San Antonio Programm auf.

**3.1.8** In der ärztlichen Beurteilung vom 11. Dezember 2018 (act. IIA 45) hielt der Suva-Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, eine MRI-Untersuchung der HWS habe ausschliesslich degenerative Veränderungen ergeben. Richtunggebende strukturelle Unfallfolgen seien nicht festgestellt worden. Am linken Schultergelenk sei eine Arthrosonographie erfolgt. Hier liesse sich eine Unterflächenläsion am Ansatz der Supraspinatussehne links ohne kompletten Kontinuitätsunterbruch darstellen. Weitere Läsionen der Rotatorenmanschette seien nicht aktenkundig. Es sei ausschliesslich eine konservative Therapie erfolgt, die bisher die Schulter- wie Nackenbeschwerden nicht vollständig zur Ausheilung gebracht habe. Dem Beschrieb nach sei der Beschwerdeführer direkt auf das linke Schultergelenk und zwar auf die Dorsal-seite gestürzt. Dieser Unfallmechanismus sei nicht geeignet, eine Teilruptur

der Supraspinatussehne auszulösen. Der Oberarmkopf mit seiner Rotatorenmanschette und den vier Einzelsehnen, zu denen auch die Supraspinatussehne gehöre, liege bei einer Gewalteinwirkung von hinten gut geschützt unter dem Schulterblatt. Dadurch sei ein Riss in der Rotatorenmanschette höchst unwahrscheinlich. Bei der Form der Läsion handle es sich zudem um eine in der medizinischen Fachliteratur immer wieder beschriebene partial articular-sided supraspinatus tendon avulsion- (PASTA) Läsion, welche überwiegend durch Degeneration entstehe und nicht durch äussere Gewalteinwirkung. Somit habe es sich bei der Schulterverletzung vom 11. März 2017 um eine reine Kontusion gehandelt, welche bei geeigneter konservativer Therapie innert sechs bis acht Wochen ausheile. An der HWS seien richtunggebende strukturelle Unfallfolgen nicht nachgewiesen. Hingegen bestünden trotz des Alters von 35 Jahren zum Unfallzeitpunkt bereits Diskusdegenerationen. Diese seien offenbar bei dem Ereignis erst bemerkbar gemacht worden. Allerdings seien diese Signalminderungen der Bandscheiben im Segment HWK 3/4 und HWK 4/5 nicht unfallkausal, sondern bereits vorbestehend gewesen. Die Kontusion der HWS bzw. des Nackenbereichs heile ebenfalls bei geeigneter konservativer Therapie innerhalb von sechs bis acht Wochen aus. Eine Behandlung sei unfallbedingt nicht mehr notwendig, da der Vorzustand nach dem Ereignis vom 11. März 2017 nach sechs bis acht Wochen erreicht gewesen sei. Somit seien die ersuchten Behandlungen nicht mehr unfallkausal. Es handle sich in beiden Fällen um eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes. Bei geeigneter konservativer Therapie sei sowohl an der HWS als auch an der Schulter der Vorzustand innerhalb von sechs bis acht Wochen erreicht gewesen.

**3.1.9** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt in der kreisärztlichen Beurteilung vom 22. August 2019 (Beilage zur Beschwerdeantwort [act. II] 1) fest, die Pseudoparalyse auch an der Schulter könne diverse Ursachen haben, meist sei sie schmerzbedingt. Sie könne aber auch durch die Unterbrechung funktionstragender Strukturen an der Schulter respektive der Rotatorenmanschette oder unter anderem auch durch eine Nervenläsion hervorgerufen werden. Um als Indiz für eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette zu gelten, sei nicht der Zeitpunkt des Eintritts der Pseudoparalyse massge-

blich, sondern dass die Paralyse nach Rückgang der anfänglichen Schmerzen einige Tage nach dem Ereignis fortbestehe. Erst dann könne sie als Traumatisierung der Rotatorenmanschette gewertet werden.

Dr. med. K. \_\_\_\_\_ habe eine Teilläsion der Supraspinatussehne festgestellt, welche aber keine Auswirkung auf die Funktion der Sehne habe. In der Literatur gelte die PASTA-Läsion als Stressschädigung der Rotatorenmanschette in der „kritischen Zone“, d.h. im Bereich der posterioren Supraspinatussehne und der anterioren Infrapinatussehne. Der Unterflächenverschleiss der Rotatorenmanschette sei meist lokalisiert auf die Supraspinatussehne und werde in der Literatur mit 13 bis 37 % beschrieben und sei damit zwei- bis drei Mal häufiger als die bursaseitigen Läsionen. Zu 20 % seien diese Veränderungen symptomlos mit einer Häufigkeit von etwa 4 % als Partiailläsion bis zum 40. Lebensjahr und etwa 80 % über dem 60. Lebensjahr. Symptomlose Unterflächenläsionen der Supraspinatussehne seien also unter dem 40. Lebensjahr durchaus möglich, auch wenn der Anteil statistisch gesehen sehr gering sei. Es sei jedoch im Einzelfall nicht zulässig, aus der Häufigkeit beziehungsweise Seltenheit asymptomatischer Unterflächenläsionen Rückschlüsse auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit zu ziehen. Die statistischen Angaben seien allenfalls ein schwaches Indiz für oder gegen eine traumatische Genese.

Entscheidend sei die Tatsache, dass es sich beim Defekt um eine Texturstörung der Sehne handle, die sukzessive über längere Zeit entstanden sei, die Funktion der Supraspinatussehne aber nicht zu beeinflussen vermöge, und nicht um einen plötzlichen Riss des Gewebes, der sich wahrscheinlich über die ganze Sehnendicke erstreckt hätte. Somit könne im vorliegenden Fall von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes ausgegangen werden, nicht aber von einer richtunggebenden. Wenn die anamnестischen Angaben als korrekt vorausgesetzt würden, sei die Schädigung der Supraspinatussehne durch einen solchen Unfallmechanismus nicht möglich. Einzige bildgebende objektivierte Schädigung am Schultergelenk sei eine sonographisch festgestellte Unterflächenläsion der Supraspinatussehne (PASTA-Läsion). Diese sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das geltend gemachte Ereignis zurückzuführen, sondern müsse als Degeneration gewertet werden. Gemäss der Aussage von

Dr. med. K. \_\_\_\_\_ habe die PASTA-Läsion keine funktionelle Auswirkung auf die Supraspinatussehne.

**3.2** 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).

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).

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).

### 3.3

**3.3.1** Indem die Beschwerdegegnerin die Leistungen per 11. Mai 2018 einstellte, hätte sie grundsätzlich infolge der bis dahin anerkannten Kostenübernahme den geltend gemachten fehlenden bzw. wegfallenden Kausalzusammenhang zum Unfall zu beweisen. Indessen stand die hier streitige Schädigung in Form einer PASTA-Läsion der linken Supraspinatussehne bei der Anerkennung der Leistungspflicht durch die Beschwerdegegnerin im März 2017 (act. IIA 4) nicht zur Debatte, sondern einzig, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, eine Prellung der linken Schulter (act. IIA 1), eine Schulterdistorsion (act. IIA 6 f.) und eine Schulterkontusion (act. IIA 14). Die PASTA-Läsion der linken Supraspinatussehne wurde erstmals von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im März 2018 diagnostiziert (act. IIA 18). Bei dieser Konstellation obliegt die Beweislast betreffend die Unfallkausalität der PASTA-Läsion der linken Supraspinatussehne entgegen dessen Ansicht (Replik S. 2 Ziff. III) dem Beschwerdeführer (vgl. Entscheid des BGer vom 14. März 2019, 8C\_855/2018, E. 3).

**3.3.2** Aufgrund der Angaben der ersten Stunde in der Schadenmeldung vom 21. März 2017 (act. IIA 1) und damit in Übereinstimmung mit den Ausführungen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 23. März 2018 (act. IIA 18), welchen der Beschwerdeführer von sich aus aufsuchte (vgl. act. IIA 31), ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach der Touchierung durch einen unbekanntes Skifahrer auf die linke Schulter stürzte und die Schmerzen an dieser Stelle (mit Verzögerung [vgl. act. IIA 14, 18]) auftraten (vgl. Replik S. 3 Ziff. III). Zudem litt der Beschwerdeführer an Nacken und Rückenschmerzen. Dies deckt sich denn auch mit den Verordnungen für die Physiotherapie vom 31. März und 23. Mai 2017 durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.1 f. hiervor), in denen die Diagnose Schulterdistorsion am 11. März 2017 - persistierende Schmerzen (Impingement) und Nackenbeschwerden links gestellt wurden (act. IIA 6 f.; vgl. auch Röntgenaufnahme der linken Schulter vom 13. März 2017 [act. IIA 41]). Dem können auch die späteren Angaben desselben Arztes vom 9. Dezember 2019 (act. IIA 14) nicht entgegengehalten werden, bei denen er den Unfallhergang mit Sturz auf den Rücken nach Touchieren eines anderen Skifahrers beschrieb und überdies die bisherige Diagnose hinsichtlich einer HWS-Distorsion und einer

Schulterkontusion links erweiterte. Überwiegend wahrscheinlich ist folglich von einem Sturz auf die linke Schulter auszugehen. Der Beschwerdeführer bestreitet dies zwar, gesteht aber gleichzeitig selbst ein, sich nicht an den Unfallablauf erinnern zu können (Eingabe vom 14. Juni 2019 S. 2) und legt überdies keine Belege vor, die einen anderen Schluss zulassen würden. Mit Hinweis auf die im Sozialversicherungsrecht geltende Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, kommt den Angaben, die ein Versicherter J. \_\_\_\_\_ nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47). Damit ist gestützt auf die Unfallmeldung (act. IIA 1), in welcher eine Prellung der linken Schulter angegeben wurde, überwiegend wahrscheinlich von einem Sturz auf die linke Schulter auszugehen.

**3.3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. April 2019 (act. IIA 58) massgeblich auf die Beurteilungen des Suva-Arztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2018 (act. IIA 20) und vom 11. Dezember 2018 (act. IIA 45) gestützt. Anders als in der Replik vorgebracht (S. 5 f. Ziff. III) erfüllen diese versicherungsrechtlichen Beurteilungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Der Suva-Kreisarzt hat sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen unter Berücksichtigung der bildgebenden Untersuchungen getroffen. Er hat zur streitigen Frage umfassend Stellung genommen und seine Schlussfolgerung, dass es infolge des Sturzes lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes gekommen sei, eingehend und schlüssig dargelegt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Daran ändert der Umstand nichts, dass es sich um reine Aktenbeurteilungen handelt, zumal vorliegend bei an sich feststehendem medizinischem Sachverhalt die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. BGer

8C\_855/2018, E. 6.1). Der Arztbericht ist somit beweiskräftig (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb darauf abzustellen ist.

So ergab das Röntgen vom 30. August 2017 (vgl. act. IIA 13) in den Segmenten HWK 3/4 und HWK 4/5 initiale Diskusdegenerationen und ansonsten einen Normalbefund. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ hielt anlässlich des Konsiliums vom 23. März 2018 (act. IIA 18) als Ursache für die anhaltenden Beschwerden in der linken Schulter eine Unterflächenruptur der Supraspinatussehne fest, wobei letztere funktionell intakt sei. Der Suva-Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ schloss sich dieser Beurteilung mit Stellungnahme vom 19. April 2018 (act. IIA 20) an, verneinte hingegen eine Unfallkausalität, da gemäss Fachliteratur Unterflächenläsionen der Supraspinatussehne als rein degenerative Veränderung gälten. Die kreisärztliche Beurteilung vom 10. Dezember 2018 (act. IIA 45) erfolgte unter Berücksichtigung der Ultraschallbilder, welche anlässlich der durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ durchgeführten Arthro-Sonografie gemacht wurden (act. IIA 34 ff.). In seiner Beurteilung (act. IIA 45) erachtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ den erstellten Unfallverlauf - Sturz auf das linke Schultergelenk - als nicht geeignet, eine Teilruptur der Supraspinatussehne ausgelöst zu haben. So sei ein Riss der Rotatorenmanschette höchst unwahrscheinlich. Er begründete dies nachvollziehbar und einleuchtend damit, dass der Oberarmkopf mit seiner Rotatorenmanschette und den vier Einzelsehnen, zu denen auch die Supraspinatussehne gehöre, bei einer Gewalteinwirkung von hinten gut geschützt unter dem Schulterblatt lägen. Zudem sei von einer PASTA-Läsion auszugehen, welche überwiegend durch Degeneration entstehe und nicht durch eine äussere Gewalteinwirkung. Somit handle es sich bei der Schulterverletzung vom 11. März 2017 um eine reine Kontusion, welche bei geeigneter konservativer Therapie innert sechs bis acht Wochen ausheile. An der HWS seien richtunggebende strukturelle Unfallfolgen nicht nachgewiesen, hingegen beständen zum Unfallzeitpunkt bereits Diskusdegenerationen, welche sich offenbar erst durch das Ereignis bemerkbar gemacht hätten. Die HWS- bzw. Nackenbeschwerden seien daher vorbestehend und nicht unfallkausal und heilten bei geeigneter Therapie ebenfalls innert sechs bis acht Wochen aus. Mithin sei der Vorzustand in beiden Fällen nach einer vorübergehenden Verschlimmerung sechs bis acht Wochen nach dem Unfall erreicht gewesen.

An dieser Argumentation hält der Suva-Kreisarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in der anlässlich des Beschwerdeverfahrens erstellten ärztlichen Beurteilung vom 22. August 2019 (act. II 1) fest und führt vertieft und bezugnehmend auf das Ultraschallbild (Abb. 1) vom 23. März 2018 aus, dass bei der sonographisch ausgewiesenen Unterflächenläsion der fraglichen Supraspinatussehne links zwar eine Teilläsion bestehe, diese jedoch degenerativ vorbestehend gewesen und durch den Unfall eine vorübergehende aber nicht richtunggebende Verschlimmerung eingetreten sei, wogegen die Schädigung allein durch den erstellten Unfallmechanismus nicht möglich sei. Gestützt auf diese Beurteilung sind durch den Unfall objektiv organisch keine Folgen ausgewiesen. Vielmehr ist von einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativ bedingten Vorzustandes auszugehen, welcher jedoch innerhalb von sechs bis acht Wochen nach dem Ereignis vom 11. März 2017 wieder erreicht wurde.

An dieser Einschätzung vermögen sodann die Eingaben des Beschwerdeführers keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken, bringen sie doch keine fachärztlich fallbezogenen Belege ein, sondern verweisen bloss allgemein auf Studien (Replik S. 3 Ziff. III; Eingabe vom 14. Juni 2019 S. 2; vgl. Beilage zur Eingabe vom 14. Juni 2019 [act. IA] 2 f.). Ebenso sind auch die Hinweise auf die Pseudoparalyse nicht fallbezogen (vgl. Replik S. 3 f. Ziff. 3), sondern allgemeiner Natur und nicht geeignet, Zweifel an den kreisärztlichen Ausführungen zu erwecken, zumal Pseudoparalysen verschiedenster Ätiologie sein können und vorliegend denn auch nicht weiter und nachvollziehbar dargelegt wird, welcher Art sie sind und in welchem medizinischen Zusammenhang sie mit den geltend gemachten Beschwerden stehen. Daran ändert auch der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Umstand, wonach er vor dem Unfall beschwerde- und schmerzfrei gewesen sei (act. IIA 51), nichts. So ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2).

**3.3.4** Nach dem soeben Dargelegten sind die infolge des Ereignisses vom 11. März 2017 geklagten Beschwerden höchstens während der darauf folgenden sechs bis acht Wochen auf diesen Unfall zurückzuführen. Darüber hinaus ist der natürliche Kausalzusammenhang (E. 2.2.1 hiervor) zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Der Fallabschluss und die Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 11. Mai 2018 ex nunc et pro futuro sind damit nicht zu beanstanden (E. 2.4).

**4.** Soweit der Beschwerdeführer eine subsidiäre Leistungspflicht aufgrund einer Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG geltend macht, kann ihm nicht gefolgt werden (Replik S. 6), ist doch das Ereignis vom 11. März 2017 als Unfall zu qualifizieren (vgl. E. 2.1 hiervor). Damit ist die Beschwerdegegnerin nur bis zum Wegfall der Kausalität leistungspflichtig und es erübrigt sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, kommt doch kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage (vgl. E. 2.3 hiervor; BGE 146 V 51 E. 9.1 S. 70).

**5.** Nach dem Dargelegten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

**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** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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 wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Suva
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.