

200 19 442 UV
FUE/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Januar 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

SWICA Krankenversicherung AG
Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

in Sachen

A._____

betreffend Einspracheentscheid vom 8. Mai 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A. _____ (Versicherter) war seit 1. November 2000 bei der B. _____ AG als ... mit einem Vollpensum angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 30. August 2018 verspürte er am 29. August 2018 beim Laden eines ... auf den Sackkarren einen „Zwick in der Schulter“. Als betroffener Körperteil wurde die linke Schulter und als Schädigung starke Schmerzen angegeben (Akten der Suva [act. IIA] 1). Nach dem Beizug verschiedener Arztberichte verneinte die Suva mit Schreiben vom 20. September 2018 (act. IIA 15) eine Leistungspflicht bezüglich dieses Ereignisses, da sich weder ein Unfallereignis im Sinne des Gesetzes zugetragen habe noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Nachdem sich der Krankenversicherer des Versicherten, die SWICA Krankenversicherungen AG (SWICA bzw. Beschwerdeführerin), damit nicht einverstanden gezeigt hatte (act. IIA 21), hielt die Suva mit Verfügung vom 18. Dezember 2018 (act. IIA 22) an ihrer Beurteilung fest und verneinte einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache der SWICA (act. IIA 27 und 29) wies die Suva nach weiteren medizinischen Erhebungen mit Entscheid vom 8. Mai 2019 (act. IIA 52) ab.

B.

Hiergegen erhob die SWICA am 3. Juni 2019 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 8. Mai 2019 aufzuheben.
2. Es sei die Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG anzuerkennen.
3. Es seien die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG auszurichten.

4. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. September 2019 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf einen Bericht von PD Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ..., vom 27. August 2019 (Akten der Suva [act. II] 1) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 31. Oktober 2019 und Duplik vom 4. Dezember 2019 hielten die Parteien an ihren Anträgen 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. Die Beschwerdeführerin ist als Trägerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des Versicherten vor dem Hintergrund der intersystemischen Koordination i.S.v. Art. 64 f. ATSG (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 64 N. 22) durch den angefochtenen Entscheid berührt, ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 49 Abs. 4 ATSG bzw. 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 Einspracheentscheid vom 8. Mai 2019 (act. IIA 52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Versicherten auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit einem Gesundheitsschaden an der linken Schulter.

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 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).

2.3 Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Lis-

tenverletzung 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. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 9.1).

2.4 Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a - h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes – auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich nach Eingang der Meldung im Rahmen der Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der

Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50%, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (BGer 8C_22/2019, E. 8.6).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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 Vorliegend ist zu Recht unbestritten, dass das Ereignis vom 29. August 2018, als der Versicherte beim Anheben eines 155 kg schweren ... mit dem Sackkarren einen heftigen Schmerz in der linken Schulter verspürte, ohne dass ein ungewöhnlicher äusserer Faktor namentlich im Sinne einer unkoordinierten Bewegung aufgetreten wäre (act. IIA 1 und 11), keinen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG (vgl. E. 2.1 hiavor) darstellt. Umstritten ist, ob eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt, die eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermag (vgl. E. 2.2 hiavor). Diesbezüglich lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Im Sprechstundenbericht des Spitals D._____, vom 4. September 2018 (act. IIA 9 S. 2 f.) diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

..., eine vordere Intervall-Läsion mit Partialruptur der Sehne des Musculus supraspinatus und eine Partialruptur des Musculus subscapularis Lafosse II bis III an der linken Schulter. Der Versicherte berichte, am 29. August 2018 bei einer Zugbewegung über Kopf einen Schmerz sowie einen Schlag in der linken Schulter verspürt zu haben. Seither bestünden eine Bewegungseinschränkung sowie Schmerzen bei der Aktivierung des Bicepsmuskels (S. 2).

3.1.2 Der Kreisarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 19. September 2018 (act. IIA 14; vgl. auch act. IIA 50 S. 1 unten) aus, auf den kernspintomographischen Bildern stellten sich Signalerhöhungen der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne dar, die überwiegend wahrscheinlich für eine stark entzündliche Veränderung der Sehnenmanschettenanteile im Sinne einer Enthesiopathie und nicht für eine Kontinuitätsunterbrechung der Sehnen sprächen. Eine Listendiagnose liege nicht vor (S. 2).

3.1.3 Am 8. Oktober 2018 wurde die linke Schulter des Versicherten operativ saniert. Im Austrittsbericht des Spitals D. _____ vom 10. Oktober 2018 (act. IIA 39) wurde ausgeführt, intraartikulär habe sich eine Pulley-/SLAP Läsion mit instabiler Bicepssehnenführung bei subtotaler Ruptur des Subscapularis (Lafosse II bis III), eine PASTA-Läsion des Supraspinatus (>40%) bei deutlicher Tendinopathie der Rotatorenmanschette mit subacromialen Impingement und eine Bursitis subacromialis/subdeltoidea gezeigt. Es sei eine vollständige Rekonstruktion des Subscapularis und des Supraspinatus erfolgt. Der intraoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (S. 2).

3.1.4 Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie, führte im – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 6. Dezember 2018 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2 S. 2) aus, die Aussage des Kreisarztes, es liege keine Listendiagnose vor, sei falsch. Bezüglich der Supraspinatussehne könne noch in Erwägung gezogen werden, ob es sich um eine Tendinitis oder eine tatsächliche Rissbildung handle. Bei der Rissbildung des Subscapularis, wie sie vom Radiologen beschrieben werde, könnten hingegen keine Zweifel vorge-

bracht werden. Der Subscapularis werde nach gängigen Literaturangaben zu 80% aufgrund eines traumatischen Ereignisses verletzt. Im MRI seien keine degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette zu erkennen. Es bestünden keine Muskelatrophie und kein Auseinanderweichen irgendwelcher Sehnenstümpfe, die dann für einen längeren Zeitraum des Geschehens bzw. für eine langsam fortschreitende degenerative Veränderung sprächen. Zusammenfassend liege hier eine Listendiagnose vor, da keine überwiegend wahrscheinliche (über 50%) Degeneration oder Erkrankung als Ursache der rupturierten Sehnen gesehen werden könne.

3.1.5 Im Bericht vom 1. Februar 2019 (act. IIA 42) diagnostizierte Dr. med. E. _____ einen Status nach Schulterarthroskopie links mit Refixation Subscapularis und Rekonstruktion Supraspinatus, eine Tenodese der langen Bicepssehne sowie eine subacromiale Dekompression mit Acromioplastik mit/bei PASTA-Läsion der Supraspinatussehne (40%), Partialruptur des Musculus subscapularis, Pulley-/SLAP-Läsion und Bursitis subacromialis/subdeltoidea mit Impingement-Konstellation. Die MR-tomographischen Befunde seien klar und eindeutig. Die Interpretation dieser Befunde als vorwiegend entzündlich abzugeben, sei unverständlich (S. 1). Die (anfänglichen) Verdachtsdiagnosen hätten sich intraoperativ vollumfänglich bestätigt, eine arthroskopische Bilddokumentation liege hierzu vor (S. 2; vgl. act. IIA 44).

3.1.6 Der Kreisarzt Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 13. Februar 2019 (act. IIA 45) nach Vorlage der Videoprintdokumentation aus, alle dargestellten Strukturen wiesen Anzeichen einer degenerativen Schädigung auf. Aufgrund der Diskrepanz zwischen den radiologischen Befunden und den Videoprintbildern auf der einen Seite und den im Operationsbericht dokumentierten Schädigungen auf der anderen Seite erachtete der Kreisarzt eine radiologische Beurteilung als notwendig (S. 2).

3.1.7 Prof. Dr. med. H. _____, Facharzt für Radiologie, führte im zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten fachradiologischen Gutachten vom 11. März 2019 (act. IIA 47) aus, die MR-Arthrographie der linken Schulter vom 31. August 2018 zeige eine kleine ansatznahe transmurale Ruptur der tendinopathisch veränderten Supraspinatussehne. Der Musculus supraspinatus stelle sich regelrecht dar. Die Subscapularissehne zeige

im ganz cranialen Anteil eine leichte Verdickung mit Signalvermehrung. Dieser Befund entspreche in erster Linie einer Tendinopathie. Es bestehe eine regelrechte Trophik des Musculus subscapularis und des Musculus infraspinatus. Das vordere und hintere Gelenklabrum stelle sich regelrecht dar. Ferner lägen eine normale Darstellung der langen Bicepssehne und ein normales Knochenmarksignal vor. Zusammenfassend bestehe der Befund einer kleinen transmuralen ansatznahen Ruptur der Supraspinatussehne. Die Subscapularissehne zeige am Oberrand eine Tendinopathie. Ein Zusammenhang der Befunde mit einem Trauma sei eher unwahrscheinlich.

3.1.8 Der Kreisarzt Dr. med. F._____ führte im Aktenbericht vom 30. April 2019 (act. IIA 50) aus, aus der übersandten Videoprintdokumentation lasse sich weder eine Partialruptur des Musculus subscapularis, des Pulleys, der SLAP-Läsion noch die vom Operateur dokumentierte Rekonstruktion der Subscapularis- und Supraspinatussehne mittels Speed Bridge, Tenotomie der Bicepssehne oder subacromiale Dekompressionsoperation mit Acromionplastik nachvollziehen. Prof. Dr. med. H._____ beschreibe alle Veränderungen der verschiedenen Sehnenmanschetten als tendinopathisch und damit verschleissbedingt. Einen Zusammenhang der Befunde mit einem Trauma halte der Radiologe für eher unwahrscheinlich (S. 5). Zusammenfassend klassifizierten sich alle kernspintomographisch und intraoperativ bildgebend darstellenden Gewebeveränderungen des linken Schultergelenkes entweder nicht als Listendiagnose oder seien – wie zum Beispiel die Läsion der Supraspinatussehne im Sinne einer PASTA-Läsion – überwiegend wahrscheinlich auf vorwiegend degenerativ bedingte Veränderungen zurückzuführen (S. 6).

3.1.9 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm Dr. med. G._____ am 23. Mai 2019 (act. I 2 S. 5 ff.) nochmals Stellung. Dabei hielt er an seiner bisherigen Beurteilung, dass eine Listendiagnose vorliege, fest. Dies könne weder durch das MRI, das eindeutig einen Riss der Supraspinatussehne beschreibe, noch durch den Operationsbericht, der diese Rissbildung bestätige und ausserdem einen Riss fast der Hälfte im Durchmesser der Subscapularissehne beschreibe, widerlegt werden. Die Frage, ob hierfür überwiegend (über 50%) degenerative Veränderungen als Ursache in-

frage kämen, müsse verneint werden. Die Muskulatur zeige keinerlei atrophische Veränderungen. Für den Sehnenriss im Bereich des Supraspinatus könne aufgrund der subacromialen Enge noch über eine Degeneration als Ursache diskutiert werden. Im Falle der Sehne des Subscapularis sei dies bei fehlender Atrophie der Muskulatur und bei einer statistischen Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Ruptur von über 80%, beschrieben in der gängigen Literatur, nicht möglich (S. 7).

3.1.10 Auf Ersuchen der Beschwerdegegnerin nahm PD Dr. med. C._____ am 27. August 2019 Stellung (act. II 1). Das Postulat von Dr. med. G._____, es liege ein Riss im Bereich der Subscapularissehne vor, stütze sich auf den Befund des Radiologen (im Zusammenhang mit der bildgebenden Untersuchung vom 31. August 2018). Dagegen gehe Prof. Dr. med. H._____ im Zusammenhang mit der Subscapularissehne von einem degenerativen Geschehen bei erhaltener Kontinuität der kraftübertragenden Sehne aus. Auch aufgrund eigener Einsichtnahme in die vorliegenden Dokumente seien die Bewertungen des Kreisarztes und von Prof. Dr. med. H._____ zu bestätigen. Weiter gab PD Dr. med. C._____ an, eine PASTA-Läsion sei nachzuvollziehen, allerdings nicht im Sinne eines Risses, sondern mit typisch degenerativ bedingten Auffassungen (S. 5). Ob Dr. med. E._____ die von ihm erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen im Sinne von gewaltsamen Zerreissungen nach einem Geschehen vom 29. August 2018 bewerte, lasse sich seinen Berichten und Stellungnahmen nicht klar entnehmen. Beim Versicherten liege keine isolierte Affektion des Subscapularis vor, sondern es würden zahlreiche weitere pathologische Befunde beschrieben. Zudem seien in der sechs Wochen nach dem fraglichen Geschehen erfolgten Gelenkspiegelung die in der Literatur angegebenen, auf eine Zerreissung hinweisenden Befunde (frische Hämatome am Sehnenrand) nicht festzustellen. Ebenfalls im zwei Tage nach dem Ereignis vorgenommenen Kernspintomogramm wäre ein blutiger Erguss nach gewaltsamer Zerreissung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unerkannt geblieben. Ein solcher Befund werde aber nicht beschrieben und auch Prof. Dr. med. H._____ halte ein Zusammenhang der Befunde mit dem Trauma für eher unwahrscheinlich. Weitere Bestätigung finde dies durch die von Dr. med. E._____ am 4. September 2018 erhobenen spezifischen Tests der Rotatorenmanschette (S. 6).

Eine zu diesem Zeitpunkt nur minim verminderte Kraft spreche gegen eine traumatische Zerreissung der kraftübertragenden Sehnen sechs Tage zuvor. Bezüglich der Aussage von Dr. med. G. _____, die Muskulatur zeige keinerlei atrophische Veränderungen, führte PD Dr. med. C. _____ aus, in vorliegendem Fall bestehe lediglich im ganz kranialen Anteil eine leichte Verdickung der Subscapularissehne mit Signalvermehrung. Bei in Kontinuität dargestellter Sehne und damit erhaltener Kraftübertragung vom Muskel auf den Knochen wären atrophische Veränderungen der Muskulatur überhaupt nicht zu erklären und lägen folglich nicht vor. Das nichtsdestotrotz auf diesem Argument gründende Postulat des Vertrauensarztes, dass „degenerative Veränderungen infrage kommen, muss verneint werden“, verkenne die dokumentierte Anatomie, sei abwegig und falsch (S. 7). Zusammenfassend gelangte PD Dr. med. C. _____ zum Schluss, die ärztlichen Berichte und bildgebenden Untersuchungen dokumentierten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Körperschädigungen, die vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen seien (S. 8).

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).

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 (Entscheid des BGer vom 29. Oktober 2015, 9C_610/2015, E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Vorliegend erfüllt der Aktenbericht von PD Dr. med. C. _____ vom 27. August 2019 (act. II 1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Dass der Facharzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet nicht. Denn die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht sind vorliegend erfüllt. Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. PD Dr. med. C. _____ hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die kurz nach dem Ereignis vom 29. August 2018 erstellte bildgebende Untersuchung vom 31. August 2018 (act. IIA 12), die diversen Berichte des Spitals D. _____ (act. IIA 9, 36 - 42), die intraoperative Videoprintdokumentation der Schulterarthroskopie vom 8. Oktober 2018 (act. IIA 44) sowie das radiologische Gutachten von Prof. Dr. med. H. _____ vom 11. März 2019 (act. IIA 47) getroffen. Zudem hat er sich eingehend mit den divergierenden Ausführungen des Vertrauensarztes der Beschwerdeführerin Dr. med. G. _____ (act. I 2) auseinandergesetzt. Dabei hat er unter Bezugnahme auf die Anamnese bzw. die Schilderung des Ereignisses vom 29. August 2018, die klinischen Befunde, die Bildgebung, die Anatomie und die einschlägige Fachliteratur einleuchtend und nachvollziehbar begründet, weshalb die festgestellten Veränderungen an der linken Schulter – und dabei namentlich an der Supraspinatus- und der Subscapularissehne – vorwiegend einer degenerativen Genese zuzuordnen sind (act. II 1 S. 5 ff.). Diese Beurteilung ist in sich schlüssig und überzeugt. Sie steht zudem im Einklang mit den Berichten

des Kreisarztes Dr. med. F. _____ vom 19. September 2018 (act. IIA 14), vom 13. Februar 2019 (act. IIA 45) und vom 30. April 2019 (act. IIA 50) sowie dem Gutachten von Prof. Dr. med. H. _____ vom 11. März 2019 (act. IIA 47), in welchen die Fachärzte den bestehenden Gesundheitsschaden an der linken Schulter ebenfalls überwiegend wahrscheinlich auf degenerativ bedingte Veränderungen zurückführten. Darauf ist abzustellen.

3.4 Am Beweiswert des Berichts von PD Dr. med. C. _____ vom 27. August 2019 (act. II 1) ändert nichts, dass Dr. med. G. _____ in den Berichten vom 6. Dezember 2018 (act. I 2 S. 2) und vom 23. Mai 2019 (act. I 2 S. 5 ff.) degenerative Veränderungen als Ursache des bestehenden Gesundheitsschadens an der linken Schulter verneint hat. PD Dr. med. C. _____ hat sich mit dieser Beurteilung einlässlich auseinandergesetzt und nachvollziehbar dargelegt, weshalb dieser nicht gefolgt werden kann:

In Bezug auf die Supraspinatussehne legte PD Dr. med. C. _____ überzeugend dar, dass eine PASTA-Läsion, d.h. ein subtotaler Abriss der Supraspinatussehne von ihrem Ansatz am Oberarmkopf, gestützt auf die Videoprintdokumentation zum Eingriff vom 8. Oktober 2018 zwar nachvollzogen werden könne, die Läsion aber nicht als Riss – im Sinne einer als Folge einer plötzlich erfahrenen Gewalt eintretenden Zusammenhangstrennung von Gewebe – zu interpretieren sei, sondern typisch degenerativ bedingte Auffaserungen zeige (act. II 1 S. 5). Dies steht im Einklang mit der Beurteilung von Prof. Dr. med. H. _____, welcher gestützt auf die bildgebende Untersuchung vom 31. August 2018 eine transmurale Ruptur der tendinopathisch veränderten Supraspinatussehne feststellte (act. IIA 47). Darüber hinaus führte Dr. med. G. _____ im Bericht vom 6. Dezember 2018 (act. I 2 S. 2) selber aus, dass bezüglich der Supraspinatussehne in Erwägung gezogen werden könne, „ob es sich um eine Tendinitis oder eine tatsächliche Rissbildung“ handle. Und im Bericht vom 23. Mai 2019 (act. I 2 S. 5 ff.) kam er im Zusammenhang zur besagten Veränderung zum Schluss, dass „aufgrund der subakromialen Enge noch über eine Degeneration als Ursache diskutiert werden“ könne.

Im Zusammenhang mit der Subscapularissehne legte PD Dr. med. C. _____ dar, dass die bildgebenden Untersuchungen und die Einschätzung von Prof. Dr. med. H. _____ gegen eine traumatische Ur-

che der Veränderungen sprächen (act. II 1 S. 5). Ferner wies er unter Bezugnahme auf die einschlägige Fachliteratur darauf hin, dass für ein frisches Trauma eine isolierte Ruptur des Musculus subscapularis und ein frisches Hämatom am Sehnenrand signifikant seien. Beides habe beim Versicherten jedoch nicht festgestellt werden können. Es habe keine isolierte Affektion des Subscapularis vorgelegen, sondern es seien zahlreiche weitere pathologische Befunde (PASTA-Läsion der Supraspinatussehne [40%], Partialruptur des Musculus subscapularis [Lafosse II bis III], Pulley-/SLAP-Läsion, Bursitis subacromialis/subdeltoidea mit Impingement-Konstellation; vgl. act. IIA 39) beschrieben worden. Auch seien weder bei der zwei Tage nach dem Ereignis (vom 29. August 2018) durchgeführten Punktion des Schultergelenks noch bei der sechs Wochen nach dem Geschehen durchgeführten Gelenkspiegelung ein blutiger Erguss nach gewaltsamer Zerreissung festgestellt worden (act. II 1 S. 6). Sodann legte PD Dr. med. C. _____ schlüssig dar, dass auch die durch die behandelnden Ärzte des Spitals D. _____ am 4. September 2018 erhobene Klinik in Form der lediglich minim verminderten Kraft (act. IIA 9) gegen eine traumatische Zerreissung der kraftübertragenden Sehnen sechs Tage zuvor spreche (act. II 1 S. 7). Soweit Dr. med. G. _____ schliesslich aufgrund der fehlenden Atrophie der Muskulatur eine degenerative Veränderung ausgeschlossen hat (act. I S. 1 S. 2 und S. 7), hat PD Dr. med. C. _____ einleuchtend dargelegt, dass das Fehlen einer Atrophie nicht gegen eine degenerativ bedingte Ursache spricht. Diesbezüglich wies er darauf hin, dass bei in Kontinuität dargestellter Sehne und damit erhaltener Kraftübertragung vom Muskel auf den Knochen atrophische Veränderungen der Muskulatur überhaupt nicht zu erklären wären (act. II 1 S. 7).

3.5 Nach dem Dargelegten beruhen die festgestellten Körperschädigungen, soweit sie als Listendiagnose zu qualifizieren sind, überwiegend wahrscheinlich vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung, womit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entfällt. Der angefochtene Einspracheentscheid ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - SWICA Krankenversicherung AG
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Zur Kenntnisnahme (R):

- A. _____

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.