

200 22 549 UV  
KOJ/SAW/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. März 2023**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Baumann

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

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 26. Juli 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1963 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war als ... über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er gemäss Schadenmeldung UVG am 9. September 2018 als Beifahrer in einen Auffahrunfall verwickelt war und sich dabei ein Beschleunigungstrauma am Nacken und den Schultern zuzog (Akten der Suva [act. II] 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (act. II 9). Nachdem die Suva zwei frühere Leistungseinstellungsverfügungen (act. II 112, 182) jeweils auf Einsprache (act. II 126, 133, 192) hin zurückgezogen hatte (act. II 138, 204), stellte sie insbesondere gestützt auf eine otorhinolaryngologische, orthopädisch-chirurgische und psychiatrische Beurteilung ihrer versicherungsinternen Ärzte (Akten der Suva [act. IIA] 273, 275, 328, 342, 349) mit Verfügung vom 15. März 2022 (act. IIA 352) ihre Leistungen per 31. März 2022 erneut ein und hielt fest, dass kein Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung bestehe. Zur Begründung legte sie dar, die noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz sei zu verneinen. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. IIA 361) mit Entscheid vom 26. Juli 2022 (act. IIA 369) fest.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, am 14. September 2022 Beschwerde. Er beantragt, der Einspracheentscheid vom 26. Juli 2022 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. September 2022 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 26. Juli 2022 (act. IIA 369). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen betreffend das Ereignis vom 9. September 2018 zu Recht per 31. März 2022 eingestellt hat.

**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 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juli 2022, 8C\_596/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 3).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vor-

zustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so liegt eine richtunggebende Verschlimmerung vor (SVR 2019 IV Nr. 9 S. 27 E. 3.2; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, 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 blosser 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; Entscheid des BGer vom 12. Juli 2022, 8C\_596/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 3). 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 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

**2.3** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C\_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C\_167/2018, E. 4.2).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten ist erstellt und von den Parteien unbestritten, dass das Ereignis vom 9. September 2018 die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin erbrachte denn auch entsprechende Versicherungsleistungen (vgl. act. II 9). Umstritten ist jedoch die Rechtmässigkeit der Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. März 2022 (act. IIA 352). Aus den medizinischen Unterlagen ergibt sich – soweit entscheidwesentlich – das Folgende:

**3.1.1** Am 25. September 2018 (act. II 17) wurde ein Arthro-MRI der Schulter links durchgeführt und folgendes festgehalten: Deutliche ansatznahe Tendinitis der Supra-/Infraspinatussehne mit Begleit-Bursitis bei subakromialer Impingement-Morphologie bei ungünstiger Akromionform. Deutliche AC-Arthrose. Keine Omarthrose. Diskrete gedeckte Footprintläsion der Supraspinatussehne dorsal sowie diskrete interstitielle Rissbildung dasselbst. Keine signifikante insbesondere keine transmurale Sehnenruptur. Ca. 50%ige Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne mit medialer Subluxation der tendinotischen langen Bizepssehne. SLAP Typ IIa. Synovitis im Rotatorenintervall. Partielle Zeichen einer Frozen shoulder.

**3.1.2** Im Bericht vom 8. November 2018 (act. II 33) führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die folgenden Diagnosen auf (S. 1):

Auffahrunfall am 9. September 2018

- Posttraumatisches subakromiales Impingement links
  - Partialruptur Supraspinatus, Subscapularis und Bicepsinstabilität
- Leichte Schulterschmerzen rechts
  - Partialruptur Subscapularis, wahrscheinlich vorbestehend

- HWS Distorsion mit fraglich radiculären Beschwerden
- degenerative Veränderungen und Nervenwurzel Tangierungen

Für beide Schultern empfehle sie zur Zeit Physiotherapie. Im Bereich der HWS empfehle sie eine wirbelsäulenorthopädische Standortbestimmung und Behandlung (S. 2).

**3.1.3** In der biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) vom 2. April 2019 (act. II 67) der D. \_\_\_\_\_ wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei am 9. September 2018 angegurtet in einem verkehrsbedingt stillstehenden BMW gesessen, als ein Mercedes gegen dessen Heck geprallt sei. Durch diesen Heckanprall habe der BMW eine Geschwindigkeitsänderung in Vorwärtsrichtung erfahren, welche unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches von 10 bis 15km/h gelegen habe (S. 2 f.). Die anschliessend an das Ereignis festgestellten von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde seien durch die Kollisionseinwirkung eher nicht erklärbar (S. 4).

**3.1.4** Nach einer am 14. März 2019 (act. II 64) durchgeführten subakromialen Infiltration links gab Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Verlaufsbericht vom 3. Mai 2019 (act. II 76) an, nach der Infiltration seien die Beschwerden in beiden Schultern sowie in der HWS abgeklungen; nun seien diese sehr stark zurückgekommen. Der Rückgang aller Beschwerden nach der Infiltration sei strukturell nicht zu erklären. Trotz Partialruptur der Rotatorenmanschette rate sie von einer operativen Behandlung der Schulter ab und empfehle eine stationäre schmerztherapeutische/psychosomatische Behandlung.

**3.1.5** Die Suva-Kreisärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte in ihrer Beurteilung vom 17. Februar 2021 (act. IIA 220) dar, die vom Patienten noch beklagten HWS-Beschwerden beruhten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einem objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer bildgebenden oder allenfalls anders klar nachweisbaren strukturellen Veränderung und seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. September 2018 zurückzuführen. Aufgrund der vorliegenden Dokumente könne gesagt werden, dass die Unfallkausalität in Bezug auf das linke Schultergelenk gegeben sei. Die Kausalität der Rotatorenmanschetten-Läsion der linken Schulter sei durch die Suva bejaht wor-

den. Seit mehr als zwei Jahren würden diverse Therapieoptionen an der linken Schulter durchgeführt, letztendlich hätten insbesondere die Infiltrationen zu keinerlei Linderung der Beschwerden geführt, so dass von einem Endzustand ausgegangen werden könne (S. 5).

**3.1.6** Im Bericht vom 11. Mai 2021 (act. IIA 273) führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie (Abteilung Arbeitsmedizin Suva), die folgenden Diagnosen auf: Ausschluss einer peripher-vestibulären/zentral-vestibulären Pathologie bei subjektivem Schwindel, Tinnitus beidseits, linksbetonte Perzeptionsschwerhörigkeit beidseits (Presbyakusis) und Ausschluss einer Riech-/Geschmackstörung (S. 1). Die objektive Audiometrie mit regelrechter Ableitung der otoakustischen Emissionen bestätige die subjektive Reintonaudiometrie. Es sei von einer endogen bedingten leichten Presbyakusis beidseits auszugehen, Traumafolgen im Bereich der Hörorgane liessen sich nicht objektivieren und somit habe der vom Exploranden angegebene Tinnitus kein organpathologisches Substrat (S. 7). Die otoneurologische Untersuchung mit Videonystagmografie, Kopfimpulstest und weiteren vestibulospinalen Prüfungen sowie dem Semont-Befreiungsmanöver habe bei sämtlichen Provokationen keine pathologischen Provokationsnystagmen ergeben und auch subjektiv kein Schwindelgefühl ausgelöst. Ein organstrukturelles Defizit der Gleichgewichtsorgane könne ausgeschlossen werden; es fänden sich keine Hinweise für eine peripher-vestibuläre und/oder zentral-vestibuläre Pathologie. Ohne entsprechendes organpathologisches Substrat seien die Schwindelbeschwerden nicht erklärbar. Es sei der Eindruck entstanden, dass es sich um ein allgemeines Krankheitsgefühl mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik und schneller Ermüdbarkeit sowie einem ausgeprägten Erschöpfungsgefühl handle. Eine Körperinstabilität bestehe nicht (S. 8). Unfallfolgen im Bereich der Gleichgewichtsorgane seien nicht objektivierbar, die leichte Innenohrschwerhörigkeit beidseits sei nicht unfallbedingt, sondern einer Presbyakusis zuzuordnen. Unfallfolgen im Bereich des Riechorgans und des Geschmacks lägen nicht vor (S. 9).

**3.1.7** Am 19. Mai 2021 (act. IIA 275) gab Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie (Versicherungsmedizin Kompetenzzentrum Suva), an, er habe bei seiner chirurgisch-orthopädischen Untersuchung vom 5. Mai 2021 eine

deutliche klinische Befundverschlechterung an der linken Schulter festgestellt, welche in den vorausgehenden Berichten noch nicht beschrieben worden sei. Er könne nicht von einem stabilisierten Gesundheitszustand ausgehen. Um dies weiter abzuklären, sei eine radiologische Untersuchung durchzuführen.

**3.1.8** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ teilte am 14. Juni 2021 (act. IIA 285) mit, nach ihren Sprechstunden sei sie zum Entschluss gekommen, dass von einer operativen Behandlung der Schulter abzusehen sei. Aus schulterorthopädischer Sicht ergäben sich keine Behandlungsoptionen.

**3.1.9** Nachdem am 9. Juli 2021 (act. IIA 293) ein Arthro-MRI der Schulter links durchgeführt worden war, diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in seiner orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 17. November 2021 (act. IIA 328) das Folgende (S. 15):

Status nach Auffahrunfall am 9. September 2018 mit:

- HWS-Distorsion QTF I mit residuellen schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der HWS, ausgeprägte myofasciale Schulter/Nackenbeschwerden beidseits, foraminale Stenose C4 links bei Unkovertebralarthrose und Diskusprotrusion
- Schulterdistorsion links mit residuellem subacromialem Impingement, Teilruptur der Supraspinatussehne, Cleavage-Ruptur der Subscapularis und Tendinopathie der langen Bizepssehne.

Subakromiales Impingement rechts mit/bei:

- Partialruptur der cranialen Subscapularissehne (nicht unfallkausal)

Zustand nach osteochondraler Läsion Knie rechts (nicht unfallkausal)

Zustand nach Resektion einer Fibromatose am distalen Bizepssehnenansatz rechts (nicht unfallkausal)

Sonstige Diagnosen: Diabetes mellitus Typ II, Arterielle Hypertonie

Bezüglich der HWS-Symptomatik sei am 17. September 2018 ein MRI veranlasst worden, welches keine Hinweise auf eine strukturelle posttraumatische Veränderung der Halswirbelsäule gezeigt habe. Die Diskusprotrusion sowie die Unkovertebralarthrose seien überwiegend wahrscheinlich als nicht unfallkausal beurteilt worden (S. 15). Das Unfallereignis vom 9. September 2018 habe wohl eine Distorsion der Halswirbelsäule von geringem Ausmass verursacht. Da die Abklärungen keine posttraumatischen strukturellen Läsionen hätten aufzeigen können, hätte es innerhalb weniger Wochen zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerdesymptomatik kommen sollen. Wegen den bereits vor dem Unfallereignis vorhandenen dege-

nerativen Veränderungen habe dieser Zustand jedoch nicht erreicht werden können. Die weiteren Abklärungen hätten keine richtunggebende Verschlimmerung der degenerativen Veränderungen aufzeigen können. Die Arbeitsfähigkeit als ... sei aufgrund der degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule nicht mehr zumutbar. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung beziehe sich nicht auf die unfallkausalen Folgen, sondern basiere auf den degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, welche bereits vor dem Unfallereignis vorhanden gewesen seien (S. 16).

Die Unfallkausalität der Rotatorenmanschetten-Läsion der linken Schulter sei von der Suva zunächst bejaht worden. Nach Durchsicht aller Dokumente und in Anlehnung an die Untersuchung vom 5. Mai 2021 müsse die Unfallkausalität dieser Läsion an der linken Schulter und somit auch die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2021 angezweifelt werden. Der Unfallmechanismus, die initial durchgeführte radiologische Bildgebung und die aktuell verifizierte Progredienz der Läsionen wiesen alle auf einen degenerativen Prozess hin, welcher nicht durch das Unfallereignis verursacht und auch nicht richtunggebend verschlimmert worden sei. Das von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ postulierte posttraumatische Impingement-Syndrom könne aufgrund der dargestellten Läsionen im MRI vom 25. September 2018 medizinisch nicht nachvollzogen werden. Im radiologischen Berichtsbefund sei eine ungünstige Akromion-Form beschrieben worden, die das Impingement hätte verursachen können. Zudem sei eine Tendinitis der Supra- und Infraspinatussehne mit Begleit-Bursitis, eine partielle Ruptur (50%ige Unterflächenpartialruptur) der Subscapularissehne und eine diskrete gedeckte Footprintläsion der Supraspinatussehne dorsal mit diskreter interstitieller Rissbildung beschrieben worden. Eine posttraumatische Impingementsymptomatik werde in der Regel durch freie, unter dem Akromion liegende Sehnenstümpfe, retrahierte Sehnenstümpfe oder bei Frakturen mit dislozierten Fragmenten, welche unter dem Akromion eingeklemmt seien, ausgelöst. Im vorliegenden Fall scheine jedoch die Form des Akromions dafür verantwortlich zu sein, dass ein subakromiales Impingement verursacht worden sei. Dieses wiederum sei durch regelmässige schwere und repetitive Überkopfbewegungen (...) und der entsprechenden anatomischen Variante des Akromions verursacht worden. In der genannten MRI-Untersuchung der linken Schulter finde sich keine transmurale Sehnenläsi-

on der Rotatorenmanschette, sondern nur Partialrupturen, welche ätiologisch vornehmlich degenerativen Ursprungs seien. Ein weiterer Hinweis für den degenerativen Ursprung der Rotatorenmanschetten-Läsion finde sich in der Behandlungsstrategie der Schulterspezialistin Dr. med. C.\_\_\_\_\_. Sie habe auf weitere interventionelle als auch chirurgische Interventionen verzichtet, weil das Beschwerdebild nicht mit genügender Sicherheit mit den strukturellen Verletzungen an der linken Schulter habe erklärt werden können. Die danach durchgeführten weiteren rehabilitativen und physiotherapeutischen Massnahmen hätten keinen Erfolg in der Beschwerdebekämpfung gebracht. In der klinischen Untersuchung vom 5. Mai 2021 habe sich auffallend eine zunehmende schlechte Funktion der linken Schulter mit deutlichen Zeichen einer Muskelatrophie des Schultergürtels sowie des Oberarms gezeigt und gegenüber den Vorbefunden habe Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine deutliche Verschlechterung der linken Schulterbeweglichkeit festgestellt, weshalb er den Fall aus unfallchirurgischer Sicht vorerst nicht habe abschliessen können (S. 17). Das MRI der linken Schulter vom 9. Juli 2021 habe im Vergleich zur MRI-Untersuchung vom 25. September 2018 eine progrediente ca. 80%ige interstitielle Ruptur der ansatznahen dorsalen Supraspinatussehne sowie einen neuen diskreten interstitiellen Einriss der ansatznahen mittleren Supraspinatussehne gezeigt. Es sei zudem nochmals auf die vorbestehende deutliche ansatznahe Tendinitis der Supra-/Infraspinatussehne mit leichter Begleit-Bursitis bei subakromialer Impingement-Morphologie bei ungünstiger Akromion-Form hingewiesen worden. Die partielle Ruptur der Subscapularissehne sei als stationär beurteilt worden. Eine interstitielle Läsion der Sehne werde dadurch gekennzeichnet, dass diese innerhalb der Sehne lädiert sei. Dies entspreche im Grunde einer partiellen (nicht transmuralen) Läsion der Rotatorenmanschette. Diese Befunde bewiesen den degenerativen Charakter der Läsionen. Die klinischen Befunde vom 5. Mai 2021 könnten durch die neue MRI-Untersuchung nur zum Teil organisch nachvollzogen werden. Ohne anderweitige Erklärung seien die in den MRI-Untersuchungen in den Jahren 2018 und 2021 festgestellten Läsionen mit dem mindesten Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht durch das Unfallereignis vom 9. September 2018 verursacht worden (S. 18).

Zusammenfassend ergebe sich im Lichte der zahlreichen Abklärungen und Behandlungsmassnahmen aus orthopädisch-traumatologischer Sicht ein stabiler Gesundheitszustand betreffend Nacken- und Halswirbelsäulenbeschwerden. Die geklagten Beschwerden seien mit dem degenerativen Substrat erklärbar und überwiegend wahrscheinlich nicht dem Unfall vom 9. September 2018 zuzuordnen. Die Läsionen an der linken Schulter hätten während den vergangenen Jahren eine Progression erfahren, welche jedoch durch neue Erkenntnisse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht unfallkausal gewertet werden müsse.

**3.1.10** Im Bericht vom 17. Februar 2022 (act. IIA 342) diagnostizierte med. pract. H. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Versicherungsmedizin Suva), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2, S. 70). Angesichts der schon vor dem Unfall vom 9. September 2018 vulnerablen und prekären psychischen Situation sei heute aus versicherungspsychiatrischer Sicht davon auszugehen, dass sich überwiegend wahrscheinlich der jetzt präsentierende krankheitswertige psychopathologische Zustand auch ohne das Unfallereignis früher oder später eingestellt hätte. Das Unfallereignis sei am ehesten als ein Kristallisationspunkt zu betrachten, der den sich bereits ankündigenden Zusammenbruch der seelischen Widerstandskraft und den manifesten Ausbruch einer psychischen Erkrankung schliesslich vollends habe materialisieren können. Wann im Verlauf das kausale Momentum des Unfallereignisses in der Eigendynamik der ohnehin erwartbaren psychischen Störungskonstellation vollständig aufgegangen sei, könne heute nicht mehr mit der nötigen Sicherheit bestimmt werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lasse sich aber festhalten, dass dies inzwischen der Fall sei. Aus versicherungspsychiatrischer Perspektive sei heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallkausalität der aktuell diagnostizierten psychischen Störung mehr festzustellen (S. 70).

**3.1.11** In Ergänzung zu seiner Beurteilung vom 17. November 2021 (act. IIA 328) gab Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 9. März 2022 (act. IIA 349) an, es seien mehrmals multietagere degenerative Befunde der HWS mit Foramina-stenosen und Facettengelenksarthrosen im MRI gefunden worden.

Diese Veränderungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch progrediente degenerative Prozesse verursacht worden. Klare Hinweise einer posttraumatischen strukturellen Verletzung der HWS könnten nicht nachgewiesen werden. Unter versicherungsmedizinischen unfallchirurgischen Aspekten seien die immer noch geklagten Beschwerden im Nackenbereich und an der linken Schulter mit dem mindesten Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr als unfallkausal zu werten (S. 3).

## **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.3** 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den

Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen.

### 3.3

**3.3.1** Die einlässlich begründeten Beurteilungen von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai 2021 (act. IIA 273), von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 17. November 2021 und vom 9. März 2022 (act. IIA 328, 349) sowie diejenige von med. pract. H. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2022 (act. IIA 342) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor) und erbringen vollen Beweis. Die drei genannten Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen sowie die weiteren spezialärztlichen und bildgebenden Ergebnisse getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet, wobei Dr. med. G. \_\_\_\_\_ insbesondere auch auf die einschlägige Fachliteratur (vgl. act. IIA 328 S. 22) hingewiesen und sich mit der divergierenden Auffassung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sowie mit den verschiedenen Berichten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (act. IIA 328 S. 16 f.) auseinandergesetzt hat.

Gestützt auf die Ergebnisse der otoneurologischen Untersuchung legte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ überzeugend dar, dass im Bereich der Gleichgewichtsorgane keine Unfallfolgen objektvierbar sind. Zudem führte sie differenziert aus, dass im Bereich des Riechorgans und des Geschmacks keine Unfallfolgen bestehen und auch die leichte Innenohrschwerhörigkeit beidseits nicht unfallbedingt, sondern einer Presbyakusis zuzuordnen ist (act.

IIA 273 S. 9). Dr. med. G.\_\_\_\_\_ begründete im Lichte der zahlreichen Abklärungen und Behandlungsmassnahmen einlässlich, dass aus orthopädisch-traumatologischer Sicht ein stabiler Gesundheitszustand betreffend Nacken- und Halswirbelsäulenbeschwerden vorliegt, die geklagten Beschwerden mit dem degenerativen Substrat erklärbar und überwiegend wahrscheinlich nicht dem Unfall vom 9. September 2018 zuzuordnen sind (act. IIA 328 S. 19, ergänzend auch act. IIA 349 S. 3). Weiter verneinte er nachvollziehbar und stichhaltig die Unfallkausalität der Rotatorenmanschetten-Läsion und erläuterte verständlich, dass die Form des Akromions dafür verantwortlich war, dass ein subakromiales Impingement verursacht wurde. In Bezug auf die von ihm am 5. Mai 2021 festgestellte Befundverschlechterung ergänzte er zudem einleuchtend, dass die Läsionen an der linken Schulter in den vergangenen Jahren eine Progression erfahren haben, dies jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht unfallkausal gewertet werden muss (act. IIA 328 S. 16 ff.). Sodann legte med. pract. H.\_\_\_\_\_ angesichts der schon vor dem Unfall vom 9. September 2018 vulnerablen und prekären psychischen Situation stringent dar, dass sich der psychopathologische Zustand auch ohne das Unfallereignis früher oder später eingestellt hätte und daher aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht (mehr) von einer Unfallkausalität der aktuell diagnostizierten psychischen Störungen auszugehen ist (act. IIA 342 S. 70 f.). Diese Beurteilungen überzeugen vollumfänglich, weshalb auf diese abzustellen ist.

Die Schlüsse aus otorhinolaryngologischer Sicht von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (act. IIA 273) sowie diejenigen in psychiatrischer Hinsicht von med. pract. H.\_\_\_\_\_ (act. IIA 342) werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Gegen die ausführlichen Darlegungen von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zur HWS-Problematik bringt er ebenfalls nichts Gegenteiliges vor. Hingegen macht der Beschwerdeführer geltend, die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links sei nicht zweifelsfrei abgeklärt, weshalb ein verwaltungsexternes Gutachten zu dieser Frage einzuholen sei (vgl. Beschwerde S. 4 ff.).

**3.3.2** Soweit der Beschwerdeführer betreffend die Unfallkausalitätsbeurteilung der Schulterbeschwerden links Zweifel an den Angaben von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vorbringt (vgl. Beschwerde S. 4 ff.) und auf den Ak-

tenbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 17. Februar 2021 (act. IIA 220) hinweist, kann ihm nicht gefolgt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ihre Feststellung, die Unfallkausalität in Bezug auf das linke Schultergelenk sei gegeben, nicht näher begründet hat, sondern lediglich pauschal auf die „vorliegenden Dokumente“ verwies und angab, die Beschwerdegegnerin habe die Kausalität der Rotatorenmanschetten-Läsion bejaht (act. IIA 220 S. 5). Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nach der Aktenbeurteilung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 5. Mai 2021 eingehend untersucht wurde und dieser eine deutliche klinische Befundverschlechterung an der linken Schulter feststellte, die in den vorausgehenden Berichten noch nicht beschrieben worden war. In der Folge ging eine Stellungnahme von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2021 (act. IIA 285) ein und am 9. Juli 2021 (act. IIA 293) wurde ein Arthro-MRI der Schulter links durchgeführt. Diese weiteren medizinischen Berichte und Untersuchungsbefunde standen Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bei ihrer Beurteilung nicht zur Verfügung. Auf ihren Aktenbericht vom 17. Februar 2021 (act. IIA 220) kann somit nicht abgestellt werden (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Mit Blick auf die am 5. Mai 2021 festgestellte Befundverschlechterung trifft zudem der Einwand des Beschwerdeführers, es seien einfach weitere Begutachtungen in die Wege geleitet worden, bis auch die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links nicht mehr bejaht worden sei (vgl. Beschwerde S. 5), nicht zu. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ verwarf sodann die Unfallkausalität der Rotatorenmanschetten-Läsion nachvollziehbar und schlüssig mit dem Hinweis auf den Unfallmechanismus (vgl. act. II 67 S. 2 f.), die initial durchgeführte radiologische Bildgebung vom 25. September 2018 (act. II 17), die verifizierte Progredienz der Läsionen, die mittels Arthro-MRI vom 9. Juli 2021 festgestellten Partialrupturen, welche ätiologisch degenerativen Ursprungs sind, und die Behandlungsstrategie von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (act. II 76; act. IIA 285, 328 S. 16 ff.). Gestützt auf die MRI-Befunde vom 25. September 2018 (act. II 17) legte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zudem einlässlich und plausibel dar, dass das subakromiale Impingement durch die Form des Akromions verursacht wurde und entgegen der Auffassung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ kein posttraumatisches Impingement-Syndrom vorliegt (act. IIA 328 S. 16 f.). Damit berücksichtigte er sämtliche Aspekte, welche bei der Beurteilung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschetten-Läsion rechtsprechungs-

gemäss einzubeziehen sind (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2021, 8C\_167/2021, E. 4.1). Daran vermag der Einwand des Beschwerdeführers, es sei aufgrund der MRI-Befunde vom 25. September 2018 nur schwer vorstellbar, dass das Unfallereignis nicht zu einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. E. 2.2.1 hiervor) geführt haben soll (vgl. Beschwerde S. 5 f.), nichts zu ändern, zumal Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine solche insbesondere mit Blick auf den Unfallmechanismus und die initial durchgeführten bildgebenden Befunde stringent verneinte (act. IIA 328 S. 16).

**3.3.3** Zusammenfassend können keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ausgemacht werden, weshalb das Einholen einer Stellungnahme bei Dr. med. E.\_\_\_\_\_ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 5) entbehrlich war. Da sich nach dem Ausgeführten der Sachverhalt als hinreichend abgeklärt erweist, ist auch auf die beantragte Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens zur Frage der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links (vgl. Beschwerde S. 4 f. Ziff. 3) zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Dabei bleibt darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens hat, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165).

**3.4** Aus dem Dargelegten folgt, dass zwischen dem Unfall vom 9. September 2018 und den nach dem 31. März 2022 geklagten Beschwerden kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Die Beschwerdegegnerin hat folglich zu Recht die Versicherungsleistungen per 31. März 2022 eingestellt und über diesen Zeitpunkt hinausgehende Ansprüche abgelehnt. Demnach ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Juli 2022 (act. IIA 369) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

**4.**

**4.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

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

**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.