

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 280 vom 20. August 2025

BE Verwaltungsgericht, 2025-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2025_280

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 280 du 20 août 2025

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2025 280 del 20 agosto 2025

Regeste

Einspracheentscheid vom 18. März 2025

Erwägungen

E. 1.1

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 18. März 2025 (act. II 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Mai 2024. Bestritten ist insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 4 - den Fall zu Recht per 13. September 2024 abschloss und einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen zufolge Erreichen des status quo sine betreffend den Gesundheitsschaden an der Schulter verneinte.

E. 1.3

Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

E. 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 Abs. 1 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 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358). 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 wegge-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 5 - dacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1). 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 blosser 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. 120, 8C_537/2009 E. 5.1). 2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand 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 150 V 188 E. 4.2 S. 191). 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 150 V 188 E. 4.2 S. 192, 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 6 - 2.3 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 149 V 224 E. 6.3.1 S. 235, 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11, 8C_283/2009 E. 8.2; zum

Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 162, 8C_183/2020 E. 2.3). 2.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_571/2023 vom 11. Januar 2024 E. 6.1). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des BGer 8C_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E. 4.2). 3. 3.1 Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 20. Mai 2024 (act. II 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin anerkennt ihre Leistungspflicht und erbrachte zunächst vorübergehende Leistungen (act. II 78 S. 7). Zu Recht unbestritten ist weiter, dass hinsichtlich der unfallkausalen Rippenfrakturen und des Pneumothorax die Behandlung ohne weitere Folgen abgeschlossen werden konnte (vgl. act. II 44 S. 3). Streitig ist hingegen, ob zwischen dem Unfall vom 20. Mai 2024 und der subtotalen Partialruptur der Supraspinatussehne mit Beteiligung des Infraspinatusvorderrandes sowie der Bizepspulley-Läsion ein natürlicher Kausal-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 7 - lzusammenhang besteht bzw. ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 13. September 2024 abgeschlossen hat. 3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten das Folgende entnehmen: 3.2.1 Im Verlegungsbericht des Spitals D. _____, Notfall, vom 20. Mai 2024 (act. II 13) wurde ausgeführt, anlässlich des Bodychecks durch den Notfall seien folgende Befunde erhoben worden: Schürfwunde rechts am Knie, über der rechten Tibiakante, an der rechten Schulter, an der rechten Hand. Leichte Druckdolenz über der rechten Schulter, Gelenk bis 90 Grad Abduktion frei beweglich, danach Schmerzen am rechten dorsalen Hemithorax. Druckdolenz über der rechten Scapula. Restliche Gelenke der Extremitäten indolent und frei beweglich. Becken stabil, Thorax stabil. Wirbelsäule inklusive HWS druckindolent. Gesichtskalotte indolent, Schädelkalotte indolent. Rissquetschwunde in der rechten Augenbraue von ca. zwei Zentimetern. Otoskopie: Cerumen beidseits, kein Blut im äusseren Gehörgang beidseits, periphere Sensomotorik erhalten. Es wurde eine Rippenserienfraktur c2-6 rechts mit Lungenkontusion und Mantelpneumothorax rechts infolge Velosturz vom 20. Mai 2024 diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei am 20. Mai 2024 im Spital D. _____ auf dem Notfall behandelt und anschliessend in die Klinik E. _____ verlegt worden. Er habe einen Helm getragen, es sei keine Bewusstlosigkeit eingetreten, ein Kopfanprall sei nicht sicher ausschliessbar. Seitdem habe er Schmerzen im rechten Hemithorax bei tiefer Einatmung. Die rechte Schulter sei leicht schmerzhaft, jedoch beweglich, in der rechten Hand bestehe seit dem Unfall ein leichtes Kribbeln, der Beschwerdeführer habe jedoch laut eigener Aussage auch hyperventiliert. 3.2.2 Im Austrittsbericht vom 24. Mai 2024 über die Hospitalisation vom 20. bis 24. Mai 2024 in der Klinik E. _____ (act. II 14) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Fachärztin für Chirurgie, Thoraxchirurgie und Praktische Ärztin, einen Status nach Bike-Unfall vom 20. Mai 2024 mit thorakaler Verletzung: rechtsseitige Rippenserienfraktur 2-6 ventro-lateral und dorsal; CT vom 20. Mai 2024: primär schmaler, ventral betonter Pneumothorax, multiple fleckförmige Kontusionen der Lunge insbesondere im Mittellappen. In der Röntgenkontrolle des Thorax vom 21. Mai 2024 sei der Pneumothorax progredient gewesen, so dass die Indikation zur Einlage einer Thoraxdrainage bestanden habe. Der weitere Verlauf habe sich dann komplikationslos unter

Thromboembolieprophylaxe mit Fragmin sowie intensiver physiotherapeutischer Atemgymnastik und Inhalationstherapie gestaltet. Die Thoraxdrainage sei termingerecht entfernt worden. Der Beschwerdeführer habe bei subjektiv gutem Befinden und mit reizlosen Wundverhältnissen in die weitere ambulante Betreuung entlassen werden können. Er sei darauf hingewiesen worden, schweres Heben und Tragen für die nächsten sechs bis acht Wochen zu vermeiden. Ebenso sollten keine Überkopf-Arbeit und keine Drehbewegung im Oberkörper stattfinden.

3.2.3 In der Notiz über das Telefonat vom 5. Juni 2024 der Suva mit dem Beschwerdeführer (act. II 10) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer möchte seine rechte Schulter abklären lassen. Beim Unfall habe er vorerst schlimmere Verletzungen gehabt, die hätten behandelt werden müssen. Die Schulter sei zweitrangig gewesen. Da seine Lungenprobleme langsam am Abklingen seien, merke er vermehrt, dass die Schulter nicht so sei, wie sie sein solle.

3.2.4 Im Bericht von Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, über die Konsultation vom 2. Juli 2024 (act. II 18) wurde eine subtotale Partialruptur der Supraspinatussehne mit Beteiligung des Infraspinatusvorderrandes und eine Bizepspulley-Läsion Schulter rechts nach Sturz vom 20. Mai 2024 diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe sich zur klinisch-radiologischen Beurteilung der rechts-dominanten Schulter vorgestellt, nachdem er am 20. Mai 2024 einen Fahrradunfall gehabt habe. Dabei habe er sich eine Thoraxverletzung mit Rippenserienfraktur und Pneumothorax rechtsseitig zugezogen. Es sei eine Drainage gelegt worden, inzwischen sei die Behandlung diesbezüglich abgeschlossen. Persistierend seien aktuell die Schmerzen der rechten Schulter, sodass eine weitere Abklärung gewünscht worden sei. Dr. med. G. _____ empfahl ein operatives Vorgehen per arthroskopischer Bizepsstenotomie/-tenodese sowie Naht der Supraspinatus-/Infraspinatussehne. Die entsprechende Operation erfolgte am 26. September 2024 (act. II 37).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 9 - 3.2.5 Dr. med. C. _____ führte in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 25. Oktober 2024 (act. II 44) unter Verweis auf entsprechende medizinische Literatur aus, die Rotatorenmanschette bestehe aus den Sehnen von vier Muskeln (M. subscapularis, M. supraspinatus, M. infraspinatus und M. teres minor). Diese Sehnen zögen vom Schulterblatt zum Oberarmkopf und umfassten diese wie eine Haube oder Manschette. Aufgrund ihres anatomischen Verlaufs ergäben sich jeweils spezifische Funktionen für die Beweglichkeit des Schultergelenks. In der Literatur sei es unbestritten, dass die meisten Läsionen der Rotatorenmanschette auf der Grundlage degenerativer Veränderungen entstünden und dass diese ebenso bei beschwerdefreien Personen festzustellen seien, respektive in vielen Fällen über längere Zeit asymptomatisch blieben. Die Erkrankung einer Rotatorenmanschette werde dem Alterungsprozess zugeordnet und tatsächliche Rupturen, die im gutachterlichen Sprachgebrauch als Verletzung zu werten seien, seien denkbar selten (S. 2). Bei der versicherungsmedizinisch relevanten Kausalitätsprüfung werde dem Verhalten des Verletzten nach dem Ereignis, dem Zeitpunkt des ersten Arztbesuches und dem dokumentierten Erstgesundheitschaden eine massgebliche Bedeutung zugemessen. Eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Zerreissung der Rotatorenmanschette führe unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust mit einem charakteristischen zeitlichen Verlauf. In der akuten Phase (etwa bis drei Tage nach dem Unfallereignis) bestünden heftige Schmerzen. Da bei einer Zerreissung die Kraftübertragung vom Muskel auf die Sehne, und von ihr auf Knochen und Gelenk, unterbrochen sei, sei die aktive Beweglichkeit der Schulter in typischer Weise so massiv

eingeschränkt, dass man von einer Pseudoparalyse, also scheinbaren Lähmung des Arms spreche. In der speziellen Fallbetrachtung führte Dr. med. C. _____ in Bezug auf die Beschwerden an der rechten Schulter aus, dass rechtzeitig keine Pseudoparalyse habe objektiviert werden können. Bei einer traumatischen Zerreissung der Rotatorenmanschette träten sofort heftige Beschwerden und nicht "leicht schmerzhaft" Schulterschmerzen auf (S. 3). Im echtzeitlichen CT vom 20. Mai 2024 (der Knochen des Oberarmkopfes rechts sei partiell und die Gelenkspfanne der rechten Schulter sei vollständig abgebildet) kämen keine Frakturen zur Darstellung. In den Kontrastmittel-Sequenzen des CT vom 20. Mai 2024 fänden sich ebenfalls keine Einblutungen in der soweit abgebildeten Rota-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 10 - torenmanschette rechts. Im Austrittsbericht vom 24. Mai 2024 werde darauf hingewiesen, dass "schweres Heben und Tragen für die nächsten sechs bis acht Wochen zu vermeiden sei", "Ebenso sollte keine Überkopf-Arbeit und keine Drehbewegung im Oberkörper stattfinden", d.h. am 24. Mai 2024 habe ebenfalls keine Pseudoparalyse vorgelegen, ansonsten hätte man nicht explizit darauf hinweisen müssen, dass sich der Beschwerdeführer körperlich schonen solle. Der Beschwerdeführer sei am 24. Mai 2024 (no- tabene nach fünf Tagen Spitalaufenthalt) entlassen worden, ohne dass rechtzeitig eine Problematik der rechten Schulter aufgeführt worden sei. Auch im MRI vom 2. Juli 2024 komme, wie im CT vom 20. Mai 2024, keine massiv stattgehabte Gewalteinwirkung zur Darstellung (keine Fraktur, kein Knochenmarködem glenohumeral). Bei einer massiven Kontusion des Oberarmkopfes würde man ca. sechs Wochen später in einem MRI ein signifikantes Knochenmarködem im Oberarmkopf erwarten – ein solches habe am 2. Juli 2024 gefehlt (S. 3). Ohne dokumentierte echtzeitliche Pseudoparalyse seien die am 2. Juli 2024 zur Darstellung gekommenen Veränderungen der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Degeneration zurückzuführen. Nach allgemein traumatologischer Erfahrung sei eine Schulterkontusion/-distorsion nach vier bis sechs Wochen abgeheilt (S. 4). 3.2.6 Dr. med. G. _____ hielt im Bericht über die Verlaufskontrolle vom 6. November 2024 (act. II 58) fest, insgesamt zeige sich sechs Wochen postoperativ ein sehr schöner Verlauf (S. 2). Im Bericht über die Verlaufskontrolle vom 17. Dezember 2024 (act. II 70) hielt er einen exzellenten postoperativen Verlauf fest. Die Bewegungsamplitude sei nahezu seiten- gleich wieder hergestellt worden (S. 2). 3.2.7 In der Stellungnahme vom 24. November 2024 zum Schreiben der Suva vom 30. Oktober 2024 bzw. zur orthopädisch-chirurgischen Beurteilung von Dr. med. C. _____ vom 25. Oktober 2024 (act. II 71) führte Dr. med. G. _____ aus, bereits zu Beginn der orthopädischen Beurteilung werde eine Angabe aus der Unfallmeldung vom 20. Mai 2024 zitiert. Der Unfallhergang werde lediglich vermutet geschildert und könne bei entsprechend schnell erfolgtem Unfallmechanismus mit resultierender schwerer Verletzung verständlicherweise nicht klar und objektiv rekonstruiert

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 11 - werden. Dr. med. C. _____ habe sich in seiner ausführlichen Argumentation zur Ablehnung einer Unfallfolge der Schulterverletzung also auf einen vermuteten Unfallhergang gestützt. Der Beschwerdeführer sei medizinischer Laie und kenne die Feinheiten der Kausalitätsbegründung zur erfolgreichen Anerkennung einer Unfallfolge der bei ihm vorliegenden Schulterverletzung nicht. Wie der Unfallmechanismus tatsächlich abgelaufen sei, lasse sich nicht eindeutig nachvollziehen und könne daher auch nicht eindeutig als Grundlage der Ablehnung der Kausalität herangezogen werden (S. 1

f.). Die Ablehnung der Unfallkausalität mit geringen Schmerzen der rechten Schulter zu begründen bei parallel vorliegender schwerer Thorax-Verletzung und hohem Einsatz von Schmerzmitteln/Analgesie erscheine ihm nicht schlüssig. Dass bei einer traumatisch bedingten Rotatorenman-schettenverletzung zwingend eine Pseudoparalyse auftreten müsse, sei sachlich falsch. Die Ausprägungen der Funktionseinschränkungen nach Rotatorenmanschettenverletzungen seien von Patient zu Patient sehr verschieden ausgeprägt (von Pseudoparalyse bis hin zur freien aktiven Beweglichkeit) und hingen von verschiedenen individuellen Faktoren ab. Das Schmerzempfinden sei etwas sehr Subjektives und werde durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Ebenso bestünden individuelle Kompensationsmöglichkeiten funktioneller Defizite und variierten sehr von Fall zu Fall auch in Abhängigkeit anatomischer Gegebenheiten. Weder starke Schmerzen noch eine Pseudoparalyse müssten bei einer traumatischen Rotatorenmanschettenverletzung zwingend vorhanden sein. Der Beschwerdeführer habe dokumentiert eine initiale Bewegungsamplitude von lediglich maximal 90° Abduktion aufgewiesen, darüber hinaus sei eine aktive Bewegung anscheinend nicht möglich gewesen (dies entspreche einer Pseudoparalyse). Er nehme zudem an, dass die Schulter direkt nach dem Unfallereignis und in den Tagen danach auch nicht fachärztlich konklusiv untersucht und die Befunde objektiv festgehalten worden seien, da die schwere Thoraxverletzung und deren Behandlung im Vordergrund gestanden hätten. Ob beim Beschwerdeführer initial eine relevante Pseudoparalyse der betroffenen Schulter vorgelegen habe, lasse sich bei nicht ausreichender Dokumentation nicht eindeutig feststellen oder widerlegen (die vorliegende Dokumentation sei diesbezüglich nicht schlüssig). Eine Pseudoparalyse trete erfahrungsgemäss auch erst bei vollständigem und breitflächigem Abriss mindestens einer, eher zweier Sehnen der Rotatorenmanschette auf

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 12 - (Rotatorenmanschettenmassenrupturen). Diese Verletzung habe beim Beschwerdeführer nicht vorgelegen (Diagnose: subtotale Partialruptur der Supraspinatussehne mit Beteiligung des Infraspinatusvorderrandes; S. 2). Die Unfallkausalität aufgrund der Begründung und Argumentation von Dr. med. C. _____ abzulehnen sei nicht nachvollziehbar und erscheine falsch. Eine unkontrollierte Krafteinleitung in die Schulter könne selbstverständlich auch Teilrisse oder wie beim Beschwerdeführer subtotale Sehnenrisse verursachen. Aus seiner Sicht könne die zuständige Unfallversicherung einen Fall nicht ablehnen, weil es nicht zu einer Rotatorenmanschettenmassenruptur gekommen sei. Auch sei ein relevanter degenerativer Vorschaden der Rotatorenmanschette beim 37-jährigen Beschwerdeführer und körperlich nicht belastendem Arbeitsprofil für die Schulter sowie fehlenden Unfallereignissen in der Vorgeschichte sehr unwahrscheinlich. Ein atraumatischer Rotatorenmanschettenschaden unter 50 Jahren trete in der Regel laut Literatur kaum auf. Insgesamt bestünden seiner Ansicht nach deutliche Schwächen, ja sogar Fehler in der Argumentation von Dr. med. C. _____ zur Ablehnung einer Unfallkausalität für die beim Beschwerdeführer rechtsseitig bestehende Schulterverletzung vom 20. Mai 2024 (S. 2). 3.2.8 In der ärztlichen Beurteilung vom 16. Januar 2025 (act. II 74) führte Dr. med. C. _____ aus, dass eine vollumfängliche medizinische Beurteilung eine Aktenzusammenfassung voraussetze, welche auch die Schadenmeldung UVG aufzuführen habe. Das Schreiben von Dr. med. G. _____ führe keine Aktenzusammenfassung auf, insbesondere fehle beispielsweise jeglicher Verweis auf den echtzeitlichen Verletzungsbericht vom 20. Mai 2024 und den echtzeitlichen Austrittsbericht vom 24. Mai 2024. In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom

25. Oktober 2024 werde in keiner Weise biomechanisch das Unfallereignis analysiert bzw. darauf abgestützt – in der Fachliteratur sei nämlich unbestritten, dass dem echtzeitlichen Verhalten und den echtzeitlichen klinischen Befunden die entscheidende Bedeutung zur Kausalitätsbeurteilung zukomme. Gemäss Literatur sei es den meisten Patienten häufig nicht möglich, eine präzise Unfallbeschreibung anzugeben. Die versicherungsmedizinische Beurteilung beruhe auf dem Sachverhalt, dass echtzeitlich

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 13 - keine Pseudoparalyse vorgelegen habe und nicht auf dem Ereignis selbst. Der Beschwerdeführer sei am 24. Mai 2024 (notabene nach fünf Tagen Spitalaufenthalt) entlassen worden, ohne dass echtzeitlich eine Problematik der rechten Schulter aufgeführt worden sei. Unter Verweis auf die Ausführungen des Dr. med. G. _____ zur Pseudoparalyse führte Dr. med. C. _____ aus, diese widersprächen der aktuellen Fachliteratur. In verschiedenen Publikationen werde bestätigt, dass eine traumatisch nach akuter Gewalteinwirkung verursachte Zerreissung der Rotatorenmanschette unmittelbar zu Schmerzen, Kraft- und Funktionsverlust führe. Dies entspreche einer sog. Pseudoparalyse. Im Verlegungsbericht vom 20. Mai 2024 werde festgehalten "Gelenk bis 90 Grad Abduktion frei beweglich, danach Schmerzen dorsaler rechter Hemithorax", d.h. der Beschwerdeführer habe über 90° abduzieren können, sonst hätten danach nicht Beschwerden im Bereich des Thorax (nota bene nicht Schulter) bestanden (S. 3 f.). Eine Schulterbeweglichkeit über 90° entspreche keiner Pseudoparalyse. Im Operationsbericht vom 26. September 2024 werde von Dr. med. G. _____ selbst eine Läsion der Supraspinatussehne mit Beteiligung des Infraspinatusvorderrandes dokumentiert, also zwei betroffene Sehnen der Rotatorenmanschette. Bei einer traumatischen Zerreissung von zwei Sehnen hätte umso mehr eine echtzeitliche Pseudoparalyse vorliegen müssen, da laut des behandelnden Arztes eine Pseudoparalyse bei "eher zwei Sehnen" vorkommen würde. Die Fachliteratur halte in keiner Weise fest, dass eine Pseudoparalyse nur bei einem vollständigen Abriss einer Sehne auftrete. Bemerkenswert sei, dass Dr. med. G. _____ bezüglich der Supraspinatussehne selbst eine "subtotale" Läsion beschreibe – also einen signifikanten Schaden, welcher traumatisch bedingt echtzeitlich zu einer Pseudoparalyse hätte führen müssen (S. 4). Die Dokumente vom 20. und 24. Mai 2024 zeigten auf, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit echtzeitlich keine Pseudoparalyse vorgelegen habe. Nach eigener Einsicht in das MRI vom 2. Juli 2024 komme, wie im CT vom 20. Mai 2024 zuvor, keine massiv stattgehabte Gewalteinwirkung zur Darstellung (keine Fraktur, kein Knochenmarködem glenohumeral). Bei einer massiven Kontusion des Oberarmkopfes würde man ca. sechs Wochen später in einem MRI ein signifikantes Knochenmarködem im Oberarmkopf erwarten – ein solches habe am 2. Juli 2024 gefehlt (S. 2 f.). Die Bildgebung widerlege, dass es seitens der rechten Schulter zu einer massiven

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 14 - Gewalteinwirkung gekommen sei. In der Versicherungsmedizin gelte es den individuellen Fall zu prüfen und nicht auf Statistiken abzustützen. Eine degenerative Rotatorenmanschettenläsion bei einem 37-Jährigen sei nicht unmöglich. Zur Degeneration bedürfe es nicht zwingend eines belastenden Arbeitsprofils – auch gewisse Sportarten prädisponierten zu einem Rotatorenmanschettenverschleiss. Der konkret vorliegende Fall betreffe die subtotale Läsion des Supraspinatus mit Beteiligung des Infraspinatusvorderrandes. Laut Psychrembel sei der Muskel/Sehne des Supraspinatus "an der Abduktion und Aussenrotation des Armes beteiligt". Abb. 2 in der versicherungsmedizinischen

Beurteilung zeige die klinische Testung des Supra- spinatus auf, indem die Schulter/der Arm abgESPREIZT (=abduziert) werde (vgl. hierzu act. II 78 S. 5) – genau eine solche Bewegung (frei, ohne do- kumentierte Beschwerden) habe der Beschwerdeführer am 20. Mai 2024 durchführen können ("Gelenk bis 90 Grad Abduktion frei beweglich"). Eine Pseudoparalyse habe echtzeitlich nicht vorgelegen.

3.3 3.3.1 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). 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 medizini- schen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situa- tion einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlag- gebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft ei- nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 15 - 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).

3.3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar be- gründet 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. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseig- nung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachper- sonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlass- ten 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 versiche- rungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenlo- ser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beur- teilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mit- hin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hin- tergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stel- lungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3) und hat auch für die Ärzte der Versicherungsmedizin der Suva zu gelten.

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass des vorliegend an- gefochtenen Einspracheentscheides vom 18. März 2025 (act. II 78) auf die Aktenbeurteilungen des Suva-Arztes Dr. med. C._____ vom 25. Okto- ber 2024 (act. II 44) und vom 16. Januar 2025 (act. II 74). Diese erfüllen die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an eine Aktenbeurtei- lung und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 3.3). Kreisärzte sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen

im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und the-
Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 -
16 - reapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumato- logische
Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ur- sprünglich erworbenen
Facharzttitel (Urteile des BGer 8C_584/2023 vom 6. Mai 2024 E. 5.6 und 8C_51/2023 vom
15. Juni 2023 E. 5.2). Nichts an- deres gilt für die Ärztinnen und Ärzte der
Versicherungsmedizin der Suva, wobei Dr. med. C. _____ als Facharzt für Chirurgie
sowie Orthopädi- sche Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
offensichtlich über die erforderliche fachliche Qualifikation verfügt. Es bestehen keine
grundsätzlichen Zweifel an den versicherungsmedizinischen Beurteilungen. Weiter ist auch
der Umstand, dass der Versicherungsmediziner keine klini- sche Exploration des
Beschwerdeführers durchgeführt hat, nicht zu bean- standen, konnte er sich doch aufgrund
der medizinischen Akten samt bild- gebenden Untersuchungsbefunden ein gesamthaft
lückenloses Bild ver- schaffen. Wo ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen
nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizini- schen
Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den
Hintergrund rückt, können denn auch reine Ak- tengutachten beweiskräftig sein (vgl. E.
3.3.2 hiervor). Rechtsprechungs- gemäss kann insbesondere (auch) die Kausalität im
Rahmen eines Akten- berichts erörtert werden (Urteil des BGer 8C_383/2011 vom 9.
November 2011 E. 4.2). 3.4.1 Dr. med. C. _____ setzte sich in seiner Beurteilung vom
25. Ok- tober 2024 (act. II 44) in Kenntnis des Geschehensablaufes sorgfältig mit den
Befunden und Beschwerden auseinander und stützte seine Schluss- folgerungen
insbesondere auch auf die echtzeitlichen Behandlungsunterla- gen (vgl. act. II 13 f.) sowie
die bildgebenden Untersuchungen (vgl. act. II 15, 22). Er legte zutreffend dar, dass
hinsichtlich der versicherungs- medizinisch relevanten Kausalitätsprüfung dem Verhalten
des Verletzten nach dem Ereignis, dem Zeitpunkt des ersten Arztbesuchs und dem echt-
zeitlich dokumentierten Gesundheitsschaden eine massgebliche Bedeu- tung zukommt.
Nachvollziehbar und überzeugend führte er aus, dass bei einer traumatisch nach akuter
Gewalteinwirkung verursachten Zerreissung der Rotatorenmanschette die Kraftübertragung
vom Muskel auf die Sehne und von dieser auf das Gelenk unterbrochen wird, womit die
aktive Beweg- lichkeit so massiv eingeschränkt ist, dass eine scheinbare Lähmung, d.h.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 -
17 - eine Pseudoparalyse, eintritt. Eine solche gilt als typisches Merkmal für eine
traumatische Verursachung einer Rotatorenmanschettenläsion (vgl. Urteil des BGer
8C_401/2023 vom 19. Februar 2024 E. 8.2 mit weiteren Hinweisen). In Würdigung der
medizinischen Akten zeigte Dr. med. C. _____ überzeugend auf, dass vorliegend
echtzeitlich keine Pseudoparalyse objektiviert werden konnte. Beim Beschwerdeführer war
die rechte Schulter initial zwar als leicht schmerzhaft, jedoch als beweglich dokumentiert
worden (vgl. act. II 13). Dies überzeugt umso mehr, als im Austrittsbericht über die
Hospitalisation vom 20. bis 24. Mai 2024 (act. II 14), mithin nach mehrtägiger ärztlicher
Beobachtung des Beschwer- deführers, keine Problematik der rechten Schulter
dokumentiert wurde. Dr. med. C. _____ legte weiter ebenfalls dar, dass bei einer
Zerreissung der Rotatorenmanschette im Rahmen des Ereignisses vom 20. Mai 2024 sofort
heftige Schmerzen aufgetreten wären und nicht allein die echtzeitlich dokumentierten
leichten Schulterschmerzen, woran nichts ändert, dass die (invasive) Behandlung des
Pneumothoraxes im Verlauf dringlich wurde. Dass Dr. med. C. _____ einen

Zusammenhang zwischen den Schulter- beschwerden und dem Unfall vom 20. Mai 2024 mit überwiegender Wahr- scheinlichkeit verneinte, überzeugt auch mit Blick auf die bildgebenden Untersuchungen (CT vom 20. Mai 2024 [act. II 15] sowie MRI vom 2. Juli 2024 [act. II 22]). Diese enthalten keine Hinweise auf eine im Rahmen des Unfallereignisses massiv stattgehabte Gewalteinwirkung, welche für ein Reißen der Rotatorenmanschette verantwortlich sein könnte. So sind gemäss den Darlegungen des Dr. med. C._____ nach eigener Sichtung im CT keine Frakturen und keine Einblutungen sichtbar und er hat nach- vollziehbar dargelegt, dass bei einer massiven Kontusion des Oberarmkop- fes auch nach ca. sechs Wochen im MRI ein signifikantes Knochenmarködem zu erwarten gewesen wäre. Auch der behandelnde Dr. med. G._____ hat keine anderen bildgebenden Befunde erwähnt. Der Rüge, wonach der Versicherungsmediziner nicht auf die Besonderhei- ten des Einzelfalles eingegangen sei und lediglich allgemeine Ausführun- gen gemacht habe (Beschwerde S. 10 Ziff. III Art. 9 Ziff. 18), kann nach dem hiervor Dargelegten nicht gefolgt werden. Nicht gefolgt werden kann Dr. med. C._____ einzig insoweit, als er aufgrund der Anweisung der Thoraxchirurgie im Austrittsbericht der Klinik E._____ (act. II 14), wo- nach schweres Heben und Tragen für die nächsten sechs bis acht Wochen

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 18 - zu vermeiden seien und keine Überkopf-Arbeit und keine Drehbewegung im Oberkörper stattfinden sollten, in seinen Beurteilungen auf das Fehlen einer Pseudoparalyse schloss (act. II 44 S. 3, 74 S. 2), weil die behandeln- den Ärzte andernfalls diese Anweisung gar nicht hätten geben müssen. Tatsache ist, dass eine Pseudoparalyse echtzeitlich nicht erhoben wurde. Unbesehen dessen dienten die von den behandelnden Ärzten beim Austritt lege artis mitgegebenen Anweisungen der Sicherstellung einer ungestörten Rekonvaleszenz der Rippenserienfraktur und des Mantelpneumothorax und sie mussten sich deshalb nicht zwingend auf die effektive Beweglich- keit des Armes beziehen. 3.4.2 In der Aktenbeurteilung vom 16. Januar 2025 (act. II 74) äusserte sich Dr. med. C._____ sodann nachvollziehbar und einleuchtend zur Stellungnahme von Dr. med. G._____ vom 24. November 2024 (act. II 71). Dr. med. C._____ legte dar, dass er in der Beurteilung vom 25. Oktober 2024 (act. II 44) entgegen der Ansicht von Dr. med. G._____ nicht auf den mutmasslichen Unfallhergang abge- stellt habe (act. II 71 S. 1), sondern vielmehr den konkreten Sachverhalt, d.h. das echtzeitliche Verhalten und den echtzeitliche Befund, gewürdigt habe. Überdies wies Dr. med. C._____ zutreffend darauf hin, dass Dr. med. G._____ sich demgegenüber in seiner Stellungnahme nicht mit den echtzeitlichen Arztberichten vom 20. Mai 2024 (act. II 13) und vom 24. Mai 2024 (act. II 14) auseinandergesetzt hat (vgl. act. II 71). Soweit Dr. med. G._____ geltend machte, es sei sachlich falsch, dass bei einer traumatisch bedingten Rotatorenmanschettenverletzung zwingend eine Pseudoparalyse auftreten müsse (act. II 71 S. 2), hielt Dr. med. C._____ überzeugend fest, dass dies der Fachliteratur wider- spreche. Darüber hinaus entspreche eine Schulterbeweglichkeit von 90°, wie sie beim Beschwerdeführer initial vorhanden gewesen sei, keiner Pseudoparalyse. Ferner wies er darauf hin, dass beim Beschwerdeführer (auch gemäss der Feststellung des Dr. med. G._____) eine subtotale Läsion des Supraspinatus mit Beteiligung des Infraspinatusvorderrandes vorliege. Dr. med. C._____ wies darauf hin, dass Dr. med. G._____ im Operationsbericht vom 26. September 2024 (act. II 37) zwei Sehnen der Rotatorenmanschette als betroffen dokumentierte, womit umso mehr eine Pseudoparalyse hätte vorliegen müssen, erachte Dr. med. G._____

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 19 - eine Pseudoparalyse doch eher bei zwei betroffenen Sehnen als bereits gegeben (vgl. act. II 71 S. 2). Laut Psychrembel sei der Muskel bzw. die Sehne des Supraspinatus an der Abduktion und Aussenrotation des Armes beteiligt. Indem die Schulter bzw. der Arm abgespreizt würde, könne der Supraspinatus klinisch getestet werden. Eine solche Bewegung sei beim Beschwerdeführer am 20. Mai 2024 durchgeführt worden, womit auch deswegen eine Pseudoparalyse auszuschliessen war (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. III Art. 8 Ziff. 17). Ebenso hielt Dr. med. C._____ mit Hinweis auf den Verlegungsbericht vom 20. Mai 2024 (act. II 13) zutreffend fest, dass der Beschwerdeführer – entgegen der Ansicht von Dr. med. G._____ (act. II 71 S. 2) – echtzeitlich durchaus detailliert untersucht worden war. Soweit Dr. med. G._____ geltend machte, ein atraumatischer Rotatorenmanschetten Schaden unter 50 Jahren trete in der Literatur kaum auf (vgl. act. II 71 S. 2), legte Dr. med. C._____ zutreffend dar, dass der individuelle Fall zu prüfen ist und nicht Statistiken massgebend sind. Eine degenerative Rotatorenmanschettenläsion ist gemäss seinen überzeugenden Ausführungen auch bei einem 37-Jährigen nicht unmöglich. Dr. med. C._____ setzte sich nach dem hiervor Dargelegten einlässlich und nachvollziehbar mit der Stellungnahme des behandelnden Arztes auseinander. Es bestehen keine (auch nur geringen) Zweifel an den versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. C._____ vom 25. Oktober 2024 (act. II 44) und vom 16. Januar 2025 (act. II 74). Schliesslich reichte der Beschwerdeführer keine weiteren medizinischen Berichte, insbesondere auch keine neuerliche Stellungnahme von Dr. med. G._____, ein. Im Bericht vom 25. März 2025 (act. II 79) berichtet Dr. med. G._____ einzig über einen guten postoperativen Verlauf. Es wird weder zur abschliessenden Beurteilung von Dr. med. C._____ Stellung genommen noch werden anderweitige für die Kausalitätsbeurteilung massgebliche Faktoren diskutiert. Der Sachverhalt ist damit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 7 Ziff. 11) rechtsgenügend abgeklärt und es kann auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I Rechtsbegehren).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 20. Aug. 2025, UV 200 2025 280 - 20 - 4. Nach dem Dargelegten besteht zwischen dem Unfall vom 20. Mai 2024 und der subtotalen Partialruptur der Supraspinatussehne mit Beteiligung des Infraspinatusvorderrandes und der Bizepspulley-Läsion Schulter rechts kein natürlicher Zusammenhang, so dass die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht abgeschlossen und einen weiteren Leistungsanspruch verneint hat (vgl. auch E. 3.1 hiervor), wobei der Zeitpunkt der Leistungseinstellung – 13. September 2024 – nicht zu beanstanden ist. Der Einspracheentscheid vom 18. März 2025 (act. II 78) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 5. 5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben. 5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

E. 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

E. 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 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.