

200 17 490 UV
KOJ/JAP/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Januar 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. April 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1986 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Schadenmeldung am 1. Juli 2015 von einem Flachdach auf ein Baugerüst übertrat, wobei das Gerüst absackte und er sich den linken Oberarm verletzte (Akten der Suva [act. II] 1). Die Suva gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 10-12). Mit Verfügung vom 23. Mai 2016 (act. II 67) stellte sie diese vorübergehenden Leistungen per Verfügungsdatum ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 79) mit Entscheid vom 3. April 2017 (act. II 111) fest.

B.

Mit Eingabe vom 22. Mai 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde und beantragte, die Verfügung sowie der Einspracheentscheid seien kostenfällig aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Heilbehandlungskosten für die Behandlung der Schulterbeschwerden links, insbesondere für den Eingriff vom 27. Juni 2016, zu übernehmen sowie Taggelder zu erbringen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. September 2017 schloss die Suva (Beschwerdegegnerin), unter Verweis auf eine Stellungnahme ihrer Abteilung Versicherungsmedizin vom 11. September 2017 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 2), auf Abweisung der Beschwerde.

Replicando hielt der Beschwerdeführer am 15. November 2017 an seinen Rechtsbegehren fest und legte ein weiteres Beweismittel ins Recht (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 9).

Mit Duplik vom 15. Dezember 2017 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihre Anträge.

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 Abs. 1 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. Soweit mit der Beschwerde jedoch auch die Verfügung vom 23. Mai 2016 (act. II 67) mitangefochten wurde, hat ein Forumsverschluss zu erfolgen. Zwar ist die Einsprache kein devolutives Rechtsmittel, ein Einspracheentscheid tritt jedoch an die Stelle der ursprünglichen Verfügung (vgl. BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 S. 411), weshalb die überschüssende Anfechtung der ursprünglichen Verfügung zur Folge hat, dass insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 60 N. 7).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 3. April 2017 (act. II 111). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 1. Juli 2015 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden Leistungen per 23. Mai 2016 einstellte und weitere Versicherungsleistungen verneinte. Da im Zweig der obligatorischen Unfallversicherung das Naturalleistungsprinzip gilt (vgl. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, Unfallversicherungsrecht, in: ULRICH

MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 968 N. 196), ist das Rechtsbegehren auf Übernahme der Heilbehandlungskosten nach seinem erkennbaren, wirklichen Sinn (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, a.a.O., Art. 32 N. 11) als Antrag um Gewährung von Heilbehandlung (als Sachleistung) zu interpretieren.

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).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein

Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen («conditio sine qua non»; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3).

2.4 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann 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 dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine)

erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.5 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

3.

3.1 Dass das in der Schadenmeldung (act. II 1) geschilderte Ereignis vom 1. Juli 2015 (vgl. auch act. II 8/1 Ziff. 1, 39/6; act. IIA 1) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllte, ist zu Recht unbestritten. Des Weiteren ist angesichts des Unfalldatums in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gültige Rechtslage massgebend (vgl. E. 2.5 hiervor), was sich im vorliegenden Fall indes nicht auswirkt.

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

3.2.1 Die am Unfalltag konsultierten Ärzte des Spitals C._____ diagnostizierten aufgrund der klinischen Untersuchung sowie den bildgebenden Befunden (act. II 17-19) im Notfallbericht vom 13. Juli 2015 (act. II 88) eine Ellenbogendistorsion links mit Verdacht auf einen kleinen ossären Ausriss der Spitze des Processus coronoideus ulnae (Knochenvorsprung der Elle). Bei zeitgerechtem Heilverlauf und subjektiver Beschwerdefreiheit schlossen sie die Behandlung am 11. August 2015 ab (act. II 24).

3.2.2 Der nachbehandelnde Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 7. August 2015 (act. II 9) an, sein Patient sei bei der Arbeit mit dem linken Arm an einem Baugerüst hängen geblieben. Er bestätigte den seitens der erstbehandelnden Ärzte vermuteten Ausriss des Processus coronoideus ulnae, qualifizierte die Verletzung als Unfallfolge und prognostizierte einen Behandlungsabschluss in voraussichtlich vier Wochen.

Im Zwischenbericht vom 3. November 2015 (act. II 33) erklärte Dr. med. D._____, bei langsamem aber stetigem Heilverlauf bestünden – vor allem bei Belastung – noch Schmerzen im Ellenbogen- bzw. Schulterbereich. Basierend auf einer bildgebenden Untersuchung vom 4. September 2015 (act. II 62) erwähnte er als neue Diagnose eine Impingement-Konstellation mit subakromialem Weichteilreizzustand an der linken Schulter.

Nachdem ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 7. September 2015 (act. II 91) hauptsächlich eine leichte thorakale Skoliose auf Höhe Th 2/3 ergeben hatte, liess Dr. med. D._____ den Beschwerdeführer im Sonnenhofspital abklären. PD Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Sprechstundenbericht vom 27. November 2015 (act. II 101) eine Zervikobrachialgie links und hielt unter Verweis auf den beigezogenen Prof. Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die leichte Fehlhaltung des Kopfes werde auf die Skoliose Th 2/3 zurückgeführt. Eine relevante traumatische strukturelle Veränderung sei sonst nicht ersichtlich. Betreffend die linke Schulter seien vorerst keine weiteren Massnahmen notwendig, so dass die Behandlung bei ihnen abgeschlossen werde.

Nach einer vom Hausarzt veranlassten radiologischen Verlaufsbeurteilung (Arthro-MRI des linken Schultergelenks vom 11. März 2016 [act. II 52]) übererwies er den Beschwerdeführer zur konsiliarischen Beurteilung an PD Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher ihn zwecks Abklärung einer Plexusschädigung an das Spital G. _____ weiterüberwies (act. II 74).

3.2.3 Im Spital G. _____ zeigten die neurologischen Abklärungen keinerlei Pathologien, die eine Plexusschädigung bestätigen könnten (act. II 92, 103 [vgl. auch act. II 75/1]). Am 20. April 2016 wurde eine glenohumero-rale Infiltration durchgeführt (act. II 53) und im Sprechstundenbericht vom 17. Mai 2016 (act. II 75) vermerkte der Oberarzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, als Diagnosen insbesondere eine anterosuperiore Überlastungsreaktion bei Scapuladyskinesie Typ II und eine Bizeps-Tendinopathie mit fraglicher Pulley-Läsion sowie inferiorer bzw. anteriorer Instabilität bei generalisierter Hyperlaxität links. Er erklärte, der Unfallmechanismus sei ein schweres Hyperextensionstrauma gewesen, wobei sich der Beschwerdeführer auf einem Gerüst beim Bruch des Bodens mit dem linken Arm aufgefangen habe und dann von einem Kollegen am linken Arm hochgezogen worden sei. Es zeige sich eine gewisse Instabilitätssymptomatik, welche durchaus auf den Unfall zurückzuführen sei mit gleichzeitiger SLAP (superiores Labrum von anterior nach posterior)-Läsion Typ II, die wahrscheinlich ebenfalls durch den Unfall verursacht worden sei. In der Folge bestünden am Bizeps tendinopathische Zeichen mit anterosuperiorer Konfliktsituation in der Belastung. In der Untersuchung habe der Beschwerdeführer zudem Schmerzen über dem Akromioklavikulargelenk (AC-Gelenk) geklagt.

3.2.4 In seiner Aktenbeurteilung vom 20. Mai 2016 (act. II 64) gelangte der Suva-Kreisarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie, zum Schluss, dass der Abriss der kleinen knöchernen Lamelle am Processus coronoideus ulnae des linken Ellenbogengelenks folgenlos ausgeheilt sei. Die in einem grossen zeitlichen Abstand zum Ereignis entstandene Schultersymptomatik sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen, zumal die MRI-Untersuchung keinen Hinweis auf eine posttraumatische strukturelle Läsion ergeben habe. Die Ver-

änderungen im Bereich der Supraspinatussehne seien als Tendinitis und Tendinose beschrieben. Auch im weiteren Verlauf sei dies – mit einer gleichzeitigen Zunahme der entzündlichen Veränderungen – bestätigt worden. Das Unfallereignis habe den Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung mit einer zu erwartenden Ausheilung innerhalb von drei Monaten. Die erst später aufgetretene Schultersymptomatik habe degenerativen Charakter und sei daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal.

3.2.5 Am 18. Juni 2016 vertrat Dr. med. H. _____ gegenüber dem Beschwerdeführer die Auffassung, dass die geklagten Beschwerden vom Sturz durch den Boden des Baugerüsts verursacht worden seien. Es zeigten sich insbesondere Instabilitätszeichen, die durch den Hyperextensionsmechanismus, den die Schulter erlitten habe, ausgelöst worden seien. Auch die ventrale Pulley-Läsion sei im Regelfall traumatisch bedingt. Die begleitende Scapuladyskinesie sei als Kompensationsmechanismus bei der vorhandenen Instabilität zu sehen (act. II 79/5).

3.2.6 Dr. med. I. _____ hielt im Rahmen des Einspracheverfahrens mit Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (act. II 83) an seiner Einschätzung fest. In der MRI-Untersuchung vom 4. September 2015 (act. II 62) hätten sich keine Hinweise auf eine Pulley-Läsion, sondern lediglich degenerative Veränderungen des Schultergelenks gezeigt. Abgesehen davon sei eine Pulley-Läsion nicht grundsätzlich eine traumatische, sondern in den meisten Fällen eine degenerative Erscheinung, die jedoch bildtechnisch anlässlich der besagten Untersuchung nicht habe nachvollzogen werden können.

3.2.7 Nachdem sich der Beschwerdeführer am 27. Juni 2016 im Spital G. _____ bei PD Dr. med. J. _____ einer Schulteroperation unterzogen hatte (Oberrandnaht des Subscapularis, Refixation des Labrums anterosuperior, arthroskopische Bizepsstenodese und inferiore Kapselraffung mit zwei PDS-Kordeln sowie AC-Gelenksresektion links; act. II 96 [Operationsbericht]; act. I 7 bzw. act. II 95 [Austrittsberichte], 102, 106, 108 [Verlaufsberichte]), legte die Beschwerdegegnerin die Akten ihrer Abteilung Versicherungsmedizin vor. In der entsprechenden Beurteilung vom 31. März 2017 (act. II 110) erklärten PD Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie

Dr. med. L. _____ (nach eigenen Angaben Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, im Medizinalberuferegister jedoch nicht bzw. im FMH-Index ohne anerkannten Facharztstitel verzeichnet [vgl. <www.medregom.admin.ch> bzw. <www.doctorfmh.ch>]), der Beschwerdeführer habe beim Unfallereignis eine Ellenbogenverletzung links mit einem knöchernen Ausriss an der Spitze des Processus coronoideus links erlitten. Diese Ellenbogenverletzung sei folgenlos ausgeheilt und der Beschwerdeführer nach der Aktenlage diesbezüglich bereits seit September 2015 beschwerdefrei. Eine linksseitige Schulterverletzung sei dagegen zeitnah zum Unfallereignis durch ärztliche Befunde nicht dokumentiert worden. Mit dem MRI vom 4. September 2015 (act. II 62) werde eine Verletzung des Labrums, der langen Bizepssehne (LBS), des SLAP-Komplexes sowie der Subscapularissehne und damit eine frische traumatische Schulterverletzung bildgebend nicht objektiviert. Mit einem subakromialen Impingement, einer fettigen Atrophie des Musculus teres minor (als möglicher Ausdruck eines Quadrilateral Space Syndrome) und einer Tendinopathie der Subscapularissehne sei die Gesundheit des Beschwerdeführers bereits vor dem Unfall beeinträchtigt gewesen. Eine (vorübergehende) Verschlimmerung dieses Vorzustandes sei durch den Unfall überwiegend wahrscheinlich nicht eingetreten.

3.2.8 PD Dr. med. J. _____ führte in einem Schreiben an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 2. Mai 2017 (act. I 8) aus, anders als PD Dr. med. K. _____ sehe er im MRI vom 4. September 2015 (act. II 62) eine Verletzung einer SLAP-Komponente, eine Bizeps-Pulley-Läsion sowie eine Subscapularis-Oberrand-Pathologie. Der ganze Mechanismus mit der Ellenbogenfraktur, dem direkten Aufprall auf die linke Schulter und daraus resultierender axialer Stauchung sei klassisch für eine SLAP- respektive Bizeps-Pulley-Läsion. Dies gelte auch für eine forcierte Rotation, entsprechend dem vom Beschwerdeführer berichteten Unfallmechanismus. Der durchgeführte axiale Zug am hyperextendierten linken Arm, als der Arbeitskollege ihn wieder auf das Dach gerissen habe, was zu einem axialen Maximalzug geführt habe, könne mit kombinierten einschliessenden Schmerzen zu dieser temporären Traktionsläsion des Plexus führen. Es könne durchaus sein, dass die neurologische Untersuchung acht Monate nach dem Trauma nicht pathologisch sei. Die Schlüsse von PD Dr. med.

K._____ seien durchaus nachvollziehbar, jedoch beruhe die Interpretation der Daten vornehmlich auf Meinungen und Befunden von Personen mit nicht sehr tiefem Schulter-spezifischem Wissen. Zu empfehlen sei eine externe Begutachtung durch einen hoch qualifizierten Schulter spezialisten (vgl. auch act. I 9).

3.2.9 In einer mit der Beschwerdeantwort eingereichten Stellungnahme vom 11. September 2017 (act. IIA 2) hielt PD Dr. med. K._____ an seiner Beurteilung fest. Er gab zu bedenken, dass bezüglich des Unfalls verschiedene Hergangsschilderungen existierten, wobei er bisher auf die Beschreibung gemäss Polizeirapport vom 11. September 2015 (act. II 38) abgestellt habe. Nun sei der Bericht über eine polizeiliche Einvernahme vom 10. Juli 2015 (act. I 5) verfügbar. Sei die Beschreibung des Ablaufs im Polizeirapport (act. II 38) geeignet, die Ursächlichkeit der damit zu erklärenden einwirkenden Kräfte für eine Verletzung der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen, so sei das Ergebnis der polizeilichen Einvernahme (act. I 5) eine Möglichkeit die Ursächlichkeit zu bejahen. Wesentlich bleibe die Würdigung der übrigen, insbesondere der zeitnah zum Geschehen erhältlichen Informationen. Es seien dabei aber keine Befunde dokumentiert, die mehr als bloss die Möglichkeit eines kausalen Zusammenhangs überzeugend erkennen liessen. Die Interpretation des MRIs vom 4. September 2015 (act. II 62) durch PD Dr. med. J._____ stelle eine gänzlich andere Bewertung dar als diejenige des erstbefundenden Radiologen. Gemäss dem beigezogenen Suva-Kreisarzt Dr. med. M._____, Facharzt für Radiologie, erfülle der von PD Dr. med. J._____ als SLAP-Läsion interpretierte Befund keine der bildgebend typischen Kriterien für eine solche Läsion. Ebenso wenig präsentierten sich eine Pulley-Läsion oder eine LBS-Instabilität. Schliesslich könne der Ausschluss pathologischer Befunde anlässlich der neurologischen Untersuchung nicht als Nachweis dafür dienen, dass in der Vergangenheit eine solche Pathologie bestanden habe.

3.2.10 Am 5. Oktober 2017 bestätigte – nunmehr Prof. – Dr. med. J._____ seine Beurteilung und empfahl erneut eine externe Begutachtung (act. I 9).

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

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich insoweit kohärent und widerspruchsfrei, als in Bezug auf die bildgebend ausgewiesene Verletzung am linken Ellenbogen (act. II 19), die unbestrittenermassen auf das versicherte Unfallereignis zurückzuführen war, unter konservativer Behandlung spätestens im Zeitpunkt der Leistungsterminierung per 23. Mai 2016 (act. II 67) ein Zustand erreicht wurde, der weder einer weiteren Heilbehandlung bedurfte noch eine Arbeitsunfähigkeit oder eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität bewirkte. So bezeichnete der Beschwer-

deführer die Beschwerden am linken Ellenbogen anlässlich der Besprechung mit dem Schadenaussendienst der Beschwerdegegnerin vom 15. Dezember 2015 als rückläufig (act. II 40) und erklärte im Rahmen einer weiteren Besprechung vom 3. Mai 2016, er sei diesbezüglich beschwerdefrei (act. II 55/1). Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I. _____ ging am 20. Mai 2016 in Bezug auf diese Verletzung von einer folgenlosen Ausheilung aus (act. II 64/3), was PD Dr. med. K. _____ und Dr. med. L. _____ am 31. März 2017 bestätigten (act. II 110/18 Ziff. 3). Diese Feststellungen blieben sowohl im Einsprache- als auch im Beschwerdeverfahren unwidersprochen. Eine über den 23. Mai 2016 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Ellenbogenverletzung steht somit unter keinem Titel mehr zur Diskussion. Dasselbe gilt für die aufgrund des MRIs der HWS vom 7. September 2015 (act. II 91) befundete leichte thorakale Skoliose auf Stufe Th 2/3, welche gemäss PD Dr. med. E. _____ und Prof. Dr. med. F. _____ zu einer leichten Fehlhaltung des Kopfes führt (act. II 101).

Fraglich ist hingegen, wie es sich mit den linksseitigen Schulterbeschwerden verhält, die am 27. Juni 2016 mittels einem invasiven Eingriff behandelt wurden (act. II 96) und auch noch im zeitlichen Umfeld des Einspracheentscheids vom 3. April 2017 (act. II 111) – der den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – eine Teilarbeitsunfähigkeit bewirkt haben sollen (act. I 8/2). Anders als bei der Ellenbogenverletzung anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für diese Beschwerden zu keinem Zeitpunkt, weshalb die Beweislast für deren Unfallkausalität (im Falle einer Beweislosigkeit) nicht etwa bei der Verwaltung, sondern beim leistungsansprechenden Beschwerdeführer liegt (vgl. E. 2.4 hiavor; SZS 2017 S. 658 ff.). Bezüglich der Schulterbeschwerden basiert der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. April 2017 (act. II 111) in medizinischer Hinsicht auf der Einschätzung von PD Dr. med. K. _____ und Dr. med. L. _____ vom 31. März 2017 (act. II 110). Deren Aktenbeurteilung vermag indes nicht restlos zu überzeugen, zudem begründen auch die diversen Berichte der behandelnden Fachärzte an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der verwaltungsinernen Beurteilung wenigstens geringe Zweifel, welche mit der im Be-

schwerdeverfahren aufgelegten weiteren Stellungnahme von Dr. med. K._____ (act. IIA 2) nicht ausgeräumt wurden.

3.4.1 Vorab schliesst der Umstand, dass initial die schmerzhaften Ellenbogenbeschwerden diagnostiziert und behandelt wurden, nicht aus, dass das Unfallereignis vom 1. Juli 2015 zu einer Schulterschädigung führte. Dies zumal die erstbehandelnden Ärzte eine Ruhigstellung des Ellenbogens in einer Oberarmgipsschiene sowie eine Bedarfsanalgesie verordneten (act. II 88/1), womit der Beschwerdeführer die linke Schulter anfänglich kaum belasten konnte und eine allfällige Schmerzsymptomatik überdies medikamentös gedämpft war. Soweit die Versicherungsärzte gestützt auf den Polizeirapport vom 11. September 2015 (act. II 38) davon ausgingen, der Beschwerdeführer sei am rechten Arm hochgezogen worden und dieser Mechanismus sei nicht geeignet, eine Traktionsverletzung der (linken) Schulter zu bewirken (act. II 110/14 f.), stellt dies zudem lediglich eine Vermutung dar, die überdies im Widerspruch zu anderen (teilweise älteren) expliziten Angaben in den Akten steht, wonach der Beschwerdeführer am linken Arm hochgezogen worden sei (act. II 62/1, 74/1, 91, 102/1). PD Dr. med. K._____ hat zwar nunmehr eingeräumt, dass mit dem Bericht über die polizeiliche Einvernahme vom 10. Juli 2015 (act. I 5) eine Ereignisschilderung vorliegt, die wenigsten die Möglichkeit einer unfallkausalen Schulterschädigung in sich birgt (act. IIA 2/3), die medizinische Kontroverse zwischen ihm und den behandelnden Ärzten in Bezug auf diese Frage bleibt jedoch bestehen.

3.4.2 Wohl bezeichnete Dr. med. H._____ die Unfallkausalität der SLAP-Läsion zunächst lediglich als wahrscheinlich (act. II 75/2), was mit Blick auf den massgebenden Beweisgrad (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2) zu deren Bejahung gerade nicht genügt. Im Bericht vom 18. Juni 2016 (act. II 79/5) hielt er hingegen explizit fest, dass die Instabilitätssymptomatik durch den Hyperextensionsmechanismus ausgelöst worden und auch die Pulley-Läsion im Regelfall traumatisch bedingt sei. Zwar kann eine solche Verletzung sowohl eine degenerative als auch eine traumatische Genese aufweisen (vgl. KATHRIN GENNING, Retrospektive Analyse von Pulley-Läsionen an einem grossen Patientenkollektiv, Diss. Würzburg 2007, S. 26; LICHTENBERG/HABERMEYER, Funktionelle Im-

pingement-Syndrome, in: NEBELUNG/WIEDEMANN [Hrsg.], Schulterarthroskopie, 2002, S. 232), Prof. Dr. med. J. _____ stimmte der Auffassung von Dr. med. H. _____ aber insoweit zu, als er den Unfallmechanismus sowohl für die SLAP- als auch die Bizeps-Pulley-Läsion als geradezu klassisch bezeichnete. Er argumentierte dabei, dass diese intraoperativ bestätigten Verletzungen (act. II 96/1) nach seiner Einschätzung – entgegen der Auffassung der Suva-Ärzte – bereits im MRI vom 4. September 2015 (act. II 62) zu erkennen seien, was mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch von einem Schulter-spezifisch geschulten Radiologen in diese Richtung interpretiert würde (act. I 8/1). Welchem der diametral widersprechenden Befunde zu folgen ist, lässt sich im Rahmen der Beweiswürdigung nicht eindeutig entscheiden. Hinzu kommt, dass sich PD Dr. med. K. _____ auf den von ihm beigezogenen Suva-Kreisarzt Dr. med. M. _____ stützt (act. IIA 2/4), von dem aber kein unterzeichneter Bericht vorliegt. Auch zur Frage, ob der biomechanische Ablauf mit kombinierten einschliessenden Schmerzen – unbesehen der Ergebnisse der späteren neurologischen Untersuchung (act. II 92, 103 [vgl. auch act. II 75/1]) – zu einer temporären Traktionsläsion des Plexus führen konnte, bestehen kontrastierende fachärztliche Auffassungen der involvierten Ärzte (act. I 8/1 bzw. act. IIA 2/6). Sowohl PD Dr. med. K. _____ als auch Prof. Dr. med. J. _____ beanspruchen für sich, ihre Beurteilungen auf evidenzbasierter Grundlage erarbeitet zu haben (act. I 8/1, 9/1; act. IIA 2/6), was für die rechtsanwendenden Behörden mangels medizinischem Sachverstand nur schwerlich überprüfbar ist.

3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Bezug auf die fragliche Unfallkausalität der linksseitigen Schulterbeschwerden divergierende fachärztliche Stellungnahmen vorliegen, die geeignet sind, zumindest geringe Zweifel an den Schlussfolgerungen der Suva-Ärzte zu begründen (vgl. E. 3.3 hiervor). Bei dieser Ausgangslage erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Die Beschwerdegegnerin hat in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) das Erforderliche nachzuholen, indem sie eine verwaltungsexterne Begutachtung veranlasst und hernach über den diesbezüglichen Leistungsanspruch neu befindet. Die Beschwerde erweist sich in diesem Sinne als begründet und ist gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist.

4.

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

4.2 Der weit überwiegend obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Das marginale Unterliegen bezüglich des teilweisen Forumsverschlusses rechtfertigt keine Kostenreduktion. Die Parteikosten werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 ELG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 21. Dezember 2017 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 2'246.40 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Soweit auf die Beschwerde einzutreten ist, wird sie in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 3. April 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'246.40 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers

- Suva
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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