

200 19 84 UV
SCP/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. August 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

Suva

Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1991 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva resp. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Bagatellunfall-Meldung vom 7. September 2017 (Akten der Suva [act. II] 1) verletzte er sich am 4. August 2017 bei einem Sturz vom Fahrrad am linken Handgelenk. Die Suva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung (act. II 7 S. 1). Mit Schadenmeldung UVG ("Rückfall") vom 22. Februar 2018 (act. II 3) machte die Arbeitgeberin des Versicherten erneut Leistungen aus dem Ereignis vom 4. August 2017 geltend. Nach Beizug verschiedener Arztberichte verneinte die Suva gestützt auf eine kreisärztliche Beurteilung vom 14. März 2018 (act. II 18) mit Verfügung vom 16. März 2018 (act. II 20) eine Leistungspflicht ab dem 11. Januar 2018, da zwischen dem Ereignis vom 4. August 2017 und den geltend gemachten Schulterbeschwerden links kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe. Daran hielt sie nach Einholung einer weiteren kreisärztlichen Einschätzung vom 16. Mai 2018 und einer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 2. Januar 2019 (act. II 31 und 52) mit Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019 (act. II 53) fest.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte am 31. Januar 2019 Beschwerde. Er beantragt, die Suva sei zu verurteilen, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

Am 18. Februar 2019 teilte der Beschwerdeführer dem Gericht telefonisch mit, er werde sich ab dem 1. März 2019 für zwei Monate auf eine Auslandsreise begeben. Aufforderungsgemäss ging die entsprechende schriftliche Mitteilung am 4. März 2019 beim Gericht ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Nachdem der Instruktionsrichter im Rahmen von Beweismassnahmen bei dem behandelnden Arzt Dr. med. B._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und den Krankenversicherern C.____ SA sowie D._____ AG schriftliche Auskünfte eingeholt hatte (vgl. Eingaben vom 13. März 2019, 19. März 2019, 2. April 2019 und 23. April 2019), hielt er mit prozessleitender Verfügung vom 3. Mai 2019 unter anderem fest, dass dem Gericht am 15. März 2019 eine Stellungnahme der Beschwerdegegnerin zugekommen sei, mit Schreiben von Dr. med. B._____ vom 23. April 2019 die vom Instruktionsrichter in der prozessleitenden Verfügung vom 5. März 2019 aufgeworfene Frage als geklärt gelte und sich die Parteien zum Beweisergebnis im Rahmen von freiwilligen Schlussbemerkungen äussern könnten.

Am 24. Mai 2019 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Schlussbemerkungen ein.

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 3. Januar 2019 (act. II 53). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 4. August 2017 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die ab dem 11. Januar 2018 behandelten Schulterbeschwerden links zu Recht verneinte.

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 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

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

2.2.2 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 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; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Ebenso wie der leistungsbe gründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheits-

schadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.3 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 4. August 2017 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten.

Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem Unfallereignis zunächst vorübergehende Leistungen erbracht und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen - insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität - anerkannt (vgl. Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 23. Februar 2018; act. II 7 S. 1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs grundsätzlich bei ihr (vgl. E. 2.2.1 f. hiervor). Allerdings prüfte sie ihre Leistungspflicht ab Januar 2018 offenbar unter dem Aspekt eines Rückfalls (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. II.2, und act. II 21), ohne das Verfahren zu einem formellen Abschluss zu bringen. Ein Rückfall (vgl. dazu: Art. 11 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]; BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296) kann zwar auch nach einem stillschweigenden Fallabschluss vorliegen, soweit zu einem be-

stimmten Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten (vgl. Entscheid des BGer vom 18. März 2010, 8C_947/2009, E. 2.2). Einerseits war die leistungsfreie Zeit zwischen dem 18. September 2017 (vgl. Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 14. März 2019; in den Gerichtsakten) und der Wiederaufnahme der Behandlung am 11. Januar 2018 (act. II 16) aber relativ kurz, andererseits bestand wohl ein beschwerdefreies Intervall, erklärte der Beschwerdeführer doch selbst, erst im Januar bzw. Februar 2018 seien (erneut) Schulterschmerzen links aufgetreten (act. II 13 S. 1, II 16). Ob tatsächlich ein Rückfall vorliegt oder der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls zu beurteilen ist, kann letztlich aber offen bleiben, denn diese Frage beschlägt lediglich die objektive Beweislast im Falle einer hier nicht gegebenen Beweislosigkeit.

3.2 Bezüglich der strittigen Schulterbeschwerden links ist den Akten - soweit entscheidwesentlich - das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Die Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 15. September 2017 (act. II 11) zeigte ein kongruentes AC-Gelenk mit Knochenmarködem in der lateralen Clavicula sowie mit intraartikulärem Ödem im AC-Gelenk. Es bestehe ein minimaler Flüssigkeitssaum in der Bursa subacromialis, jedoch kein Ödem glenohumoral. Es liege eine lange Bicepssehne im intraarticulären Verlauf verdickt und signalalteriert. Das Ligamentum coracoclaviculare wie auch das Ligamentum coracoacromiale seien unauffällig. Der zuständige Radiologe Dr. med. E. _____ kam zum Schluss, dass ein aktiviertes/traumatisiertes AC-Gelenk ohne abgrenzbare Frakturlinie sowie eine intakte Rotatorenmanschette vorlägen. Es bestehe weder ein Knorpelschaden glenohumeral noch eine Fraktur im Humeruskopf.

Die MRI-Untersuchung des linken Handgelenks vom 18. September 2017 (act. II 12) ergab ein subkutanes Ödem im Bereich des proximalen Thenars bei Status nach Sturz vor einem Monat. Es liege weder eine ältere Fraktur noch eine Bandläsion vor.

3.2.2 Der behandelnde Arzt Dr. med. B. _____ hielt im Eintrag der Krankengeschichte vom 11. Januar 2018 (act. II 16) fest, dass der Be-

schwerdeführer nach Ausheilen des linken Handgelenks keine Beschwerden in der linken Schulter mehr gehabt habe. Beschwerden seien erst nach einem vermehrten Krafttraining (Bankdrücken) aufgetreten. Die klinische Untersuchung zeige eine freie Beweglichkeit. Bei Überkopfbewegungen bestünden anterolaterale Schmerzen. Es liege eine starke Druckdolenz über dem AC-Gelenk vor. Der Bodycross-Test sei positiv gewesen und die Rotatorenmanschette sei ohne Verletzung. Die MRI-Untersuchung der linken Schulter von 2017 (vgl. Eingabe von Dr. med. B. _____ vom 23. April 2019; in den Gerichtsakten) habe eine Bone bruise (Knochenprellung) der - ansonsten unauffälligen - Clavicula ergeben.

Einem weiteren Eintrag vom 15. Februar 2018 desselben Arztes (act. II 16) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer wieder voll als ... gearbeitet habe; hierbei habe er Lasten über Kopf tragen bzw. stützen müssen. Dies verursache starke anterolaterale Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig nicht arbeitsfähig. Es liege nach wie vor eine starke Druckdolenz über dem AC-Gelenk vor. Es sei eine Infiltration mit Carbostesin und Kenacort direkt in das AC-Gelenk durchgeführt worden. Es bestehe weiterhin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 6. März 2018 führte derselbe Arzt aus, dem Beschwerdeführer gehe es etwas besser. Dieser habe jedoch immer noch Schmerzen beim Hochführen (act. II 16).

3.2.3 Der Kreisarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 14. März 2018 (act. II 18) eine Schulterprellung links und unfallunabhängig eine aktivierte beginnende AC-Gelenksarthrose (act. II 18 S. 1). Der Beschwerdeführer sei mit dem Fahrrad gestürzt und auf die linke Schulter geprallt. Im weiteren Verlauf sei eine erhebliche Beschwerdesymptomatik im Bereich des linken Schultergelenks aufgetreten. Die durchgeführte Diagnostik habe keine Verletzung im Bereich der Rotatorenmanschette und keine Frakturen ergeben. Im Bereich des AC-Gelenks bestehe eine Veränderung der lateralen Clavicula mit Aufreibung der Gelenkflächen im Sinne einer beginnenden AC-Gelenksarthrose. Eine acromioclaviculare Distanzierung liege nicht vor. Ein Lateralhochstand der Clavicula sei nicht nachweisbar. Es bestehe auch kein Hinweis auf eine Verletzung der Bandstrukturen. Die bestehende Beschwerdesymptomatik sei

Ausdruck einer Schulterkontusion mit Aktivierung einer beginnenden AC-Gelenksarthrose ohne Hinweis auf eine AC-Gelenkluxation. Es handle sich um eine vorübergehende Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von 12 bis 16 Wochen. Die jetzt noch beschriebene Beschwerdesymptomatik sei Ausdruck der beginnenden Arthrose und nicht mehr auf den Unfall vom 4. August 2017 zurückzuführen (act. II 18 S. 2).

3.2.4 Stellung nehmend zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. März 2018 (act. II 20) führte Dr. med. B. _____ am 5. April 2018 aus, es bestehe kein Anlass, beim 27-jährigen, sonst gelenkgesunden Beschwerdeführer eine vorbestehende Krankheit bzw. eine degenerative Abnützung des AC-Gelenks in den Raum zu stellen. Vielmehr seien der Unfallhergang und auch die in den Akten mehrfach beschriebene Traumatisierung des AC-Gelenks im Sinne der Tossy I Sprengung zu berücksichtigen. Weiter sei allgemein bekannt, dass die AC-Gelenksprengung auch zu einer längeren Beschwerdehaftigkeit führen könne (act. II 22).

3.2.5 Hierzu nahm der Kreisarzt Dr. med. F. _____ am 16. Mai 2018 Stellung und hielt fest, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2017 einen Sturz vom Fahrrad erlitten. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik sei eine bildgebende Untersuchung der linken Schulter erfolgt. Hierbei sei ein kongruentes AC-Gelenk mit Knochenmarksödem in der lateralen Clavicula sowie mit intraartikulärem Ödem im AC-Gelenk festgestellt worden. Es liege keine signifikante laterale Neigung des Acromions, jedoch ein minimaler Flüssigkeitssaum in der Bursa subacromialis vor. Die Untersuchung habe eine intakte Rotatorenmanschette gezeigt. Beim Unfallereignis sei es zu einer Kontusion des Schultergelenks und auch des AC-Gelenks gekommen. Die einen Monat nach dem Unfall festgestellten Veränderungen im Bereich des AC-Gelenks hätten keinen Hinweis auf eine Kapselverletzung oder eine höhergradige Verletzung der acromioclaviculären Bänder ergeben. Auch eine Veränderung der coracoclaviculären Bänder sei nicht nachgewiesen. Eine Verbreiterung des AC-Gelenkspaltes sei ebenfalls nicht zu erkennen.

Die Einteilung der AC-Gelenksverletzungen nach Tossy sei in der neuen Literatur durch die Klassifikation nach Rockwood abgelöst worden, da bei dieser Klassifikation eine bessere Differenzierung der Schäden möglich sei.

Unabhängig von der Einteilung in die Klassifizierung nach Tossy oder Rockwood habe die Verletzung Grad I den Charakter einer Gelenksdistorsion ohne ZerreiSSung von strukturellen Anteilen. Die streng konservative Behandlung einer solchen Verletzung sei in der Literatur unbestritten (act. II 31 S. 1). Bei fehlenden strukturellen Läsionen der gelenkstabilisierenden Anteile sei von einer vorübergehenden Verschlimmerung auszugehen, welche auch einen länger andauernden Behandlungszeitraum beinhalten könne (act. II 31 S. 1 f.). Übliche Gelenkskontusionen und -distorsionen hätten eine Heildauer von 8 bis 12 Wochen. Die vom Kreisarzt angenommene Heildauer von 16 Wochen gehe über dieses Mass hinaus. Die Stellungnahme von Dr. med. B._____ vom 5. April 2018 (act. II 22) vermöge an der kreisärztlichen Beurteilung vom 14. März 2018 (act. II 18) nichts zu ändern.

3.2.6 Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Arztzeugnis UVG vom 4. Juni 2018 (act. II 32 S. 1) eine Schwellung des linken Handgelenks sowie ein Acromion links/Schlüsselbein fest (act. II 32 S. 1 Ziff. 4). Diese Befunde seien mit dem geltend gemachten Unfall vereinbar und erschienen plausibel (act. II 32 S. 1 Ziff. 6). Der Arzt bejahte die Kausalität der Beschwerden mit dem Unfallereignis vom 4. August 2017 (act. II 32 S. 1 Ziff. 11).

3.2.7 Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital I._____, diagnostizierte im Bericht vom 15. Juni 2018 (act. II 38) eine postdistorsionelle AC-Gelenksarthralgie links (Arbeitsdiagnose bei Status nach Tossy I Verletzung). Als Befunde nannte er unter anderem eine korrekte Stellung des Schultergürtels, glenohumeral freie Amplituden, ein positives Cross-Body-Zeichen sowie eine starke Druckdolenz über dem ansonsten stabil geführten AC-Gelenk. Die MRI-Untersuchung habe ein aktiviertes AC-Gelenk mit einem Ödem der angrenzenden subchondralen Knochenanteile und mikrozystische Veränderungen in der lateralen Clavicula ergeben (act. II 38 S. 1). Es seien die therapeutischen Optionen besprochen worden, wobei eine Resektionsinterpositionsarthroplastik nach Weaver-Dunn empfohlen worden sei (act. II 38 S. 2). Diese Operation wurde am 17. September 2018 durch Prof. Dr. med. H._____ durchgeführt (act. II 50).

Am 30. Oktober 2018 berichtete Dr. med. J._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital I._____, dass aus orthopädischer Sicht eine posttraumatische Situation vorliege. Das AC-Gelenk sei beim Ereignis vom 4. August 2017 traumatisiert worden. Der Beschwerdeführer habe in der Folge mit Schmerzen weitergearbeitet. Anfang des Jahres 2018 sei die Symptomatik unter Entlastung (infolge einer Nasenoperation) abgeklungen (act. II 44 S. 1).

3.2.8 In der Aktenbeurteilung vom 2. Januar 2019 (act. II 52) vertrat med. pract. K._____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, die Ansicht, dass die ab dem 11. Januar 2018 behandlungsbedürftigen Beschwerden in der linken Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis vom 4. August 2017 zurückzuführen seien. Das genannte Ereignis habe einen krankhaften Vorzustand des Schultergelenks links getroffen; als Vorzustand bestehe überwiegend wahrscheinlich eine Arthrose des Schultergelenks und ein (zumindest teilweiser) Verlust des Discus articularis (durch körpereigene Auflösung; act. II 52 S. 7 f.). Durch das Sturzereignis sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes während 10 bis 12 Wochen gekommen. Bestätigt werde dies durch die Untersuchung vom 11. Januar 2018 (act. II 16), anlässlich welcher Dr. med. B._____ keine Aktivierung der Arthrose des Schultergelenks mehr habe feststellen können. Der Arzt habe jedoch festgehalten, dass der Beschwerdeführer zeitgleich mit der Abheilung des linken Handgelenks auch keine Schulterbeschwerden mehr gehabt habe. Erst durch das Bankdrücken seien wieder Beschwerden aufgetreten. Ein struktureller Schaden als Folge des Ereignisses sei anhand der klinischen und bildgebenden Befunde nicht objektiviert. Eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten (act. II 52 S. 8).

3.3 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).

3.3.1 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).

3.3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Januar 2019 (act. II 53) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihres Kreisarztes Dr. med. F. _____ vom 14. März 2018 (act. II 18) und 16. Mai 2018 (act. II 31), bestätigt durch den Aktenbericht des

Versicherungsmediziners med. pract. K._____ vom 2. Januar 2019 (act. II 52), gestützt. Diese erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis. Sowohl der Kreisarzt Dr. med. F._____ als auch der Versicherungsmediziner med. pract. K._____ haben sich in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere auch auf die bildgebenden Untersuchungen vom 15. und 18. September 2017 (act. II 11 f.) gestützt. Der Kreisarzt hat sich dabei in seinen Berichten vom 14. März 2018 und 16. Mai 2018 (act. II 18 und 31) eingehend _____ mit _____ den Beurteilungen von Dr. med. B._____ vom 11. Januar 2018, 15. Februar 2018, 6. März 2018 und 5. April 2018 (act. II 16 und 22) auseinandergesetzt; mit den weiteren im Einspracheverfahren aufgelegten Berichten von Dr. med. G._____ vom 4. Juni 2018, von Prof. Dr. med. H._____ vom 15. Juni 2018 sowie Dr. med. J._____ vom 30. Oktober 2018 (act. II 32 S. 1, II 38 und 44) hat sich der Versicherungsmediziner schliesslich in seinem Aktenbericht vom 2. Januar 2019 (act. II 52) befasst. Die daraus gezogenen Folgerungen und die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einlässlich und, auch in der Darlegung der zu Grunde gelegten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, überzeugend begründet. Dementsprechend ist auf die Berichte des Kreisarztes und des Versicherungsmediziners abzustellen.

3.4.1 Die Suva-Ärzte haben unter Bezugnahme auf die bildgebend erhobenen Befunde vom 15. und 18. September 2017 (act. II 11 f.) nachvollziehbar und überzeugend begründet, weshalb die ab dem 11. Januar 2018, rund vier Monate nach dem Fahrradsturz behandelten Beschwerden in der linken Schulter überwiegend wahrscheinlich nicht auf das genannte Ereignis vom 4. August 2017 zurückzuführen sind (act. II 18 S. 2, II 31 S. 1 f. und II 52 S. 7 f.). Sie haben einleuchtend dargelegt, dass sich der Beschwerdeführer gestützt auf den klinischen Befund und die Bildgebung keine unfallbedingte Verletzung des AC-Gelenks bzw. (höchstens) eine Prellung der linken Schulter ohne strukturelle Verletzung zugezogen hat (act. II 18 S. 2, II 31 S. 1 und II 52 S. 6). Diese Beurteilung findet im Bericht des erstbehandelnden Arztes Dr. med. G._____ vom 4. Juni

2018 (act. II 32 S. 1) ihren Rückhalt, worin keine Weichteilschwellung, Reste von Schürfungen oder Prellmarken und typischen Schmerzen bei Adduktion festgehalten wurden. Die Suva-Ärzte haben schlüssig aufgezeigt, dass das Sturzereignis vom 4. August 2017 bzw. die genannte Schulterkontusion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden, aber nicht richtunggebenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes resp. der vorbestehenden Arthrose des Schultereckgelenks geführt hat und - nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand - überwiegend wahrscheinlich spätestens nach 10 bis 12 Wochen folgenlos ausgeheilt war (act. II 31 S. 2 und II 52 S. 8).

Hieran vermag die divergierende Einschätzung des behandelnden Dr. med. B._____ vom 5. April 2018 (act. II 22) nichts zu ändern. Soweit dieser einzig aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers ein krankhaftes Geschehen ausschliesst, verkennt er, dass der Beschwerdeführer einerseits als ... (act. II 3 S. 1 Ziff. 3) die erheblich Schultern belastenden Arbeiten verrichtet und andererseits intensiv Krafttraining betreibt (vgl. act. II 16), welchem das Risiko für ein vorzeitiges Verschleissleiden des AC-Gelenks im Sinne einer Arthrose und für einen Verschleiss des Discus articularis inhärent ist (act. II 52 S. 6). Dies dokumentiert der Versicherungsmediziner med. pract. K._____ denn auch mit entsprechenden Literaturverweisen (act. II 52 S. 10).

Auch der Einwand des Beschwerdeführers, die allein sichtbaren, nicht gravierenden Abnutzungen des Gelenks sowie die kleinen zystischen Veränderung der lateralen Clavicula genügten nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arthrose auszugehen (vgl. Beschwerde, S. 3), vermag keine Zweifel an der kreisärztlichen bzw. versicherungsmedizinischen Einschätzung zu begründen. Der Versicherungsmediziner hat unter Einbezug medizinwissenschaftlicher Erkenntnisse eingehend und nachvollziehbar aufgezeigt, dass der vom Beschwerdeführer erlittene Fahrradsturz zwar durchaus geeignet ist, eine Sprengung des AC-Gelenkes zu bewirken (act. II 52 S. 5), jedoch die entsprechende bei einer Schultereckgelenksprengung auftretende Symptomatik (Weichteilschwellung, Reste von Schürfungen oder Prellmarken, typischer Schmerz bei Adduktion) unfallzeitnah weder dokumentiert noch objektiviert wurde (act. II 52 S. 6). So-

dann hat er auf die von Prof. Dr. med. H. _____ erhobenen intraoperativen Befunde (erheblich aufgeraute Gelenkflächen des AC-Gelenks und fehlender Discus articularis; act. II 50) sowie festgestellten mikrozystischen Veränderungen in der lateralen Clavicula (act. II 38 S. 1) hingewiesen, welche allesamt Ausdruck einer Arthrose des AC-Gelenks sind und damit einen krankhaften Vorzustand darstellen. Der Versicherungsmediziner hat überzeugend dargelegt, dass sich die genannten Veränderungen nicht in-ner weniger Wochen (zwischen Unfalltag und MRI-Arthrographie der linken Schulter) entwickeln können (act. II 52 S. 6) und somit schon vor dem Stur-zereignis bestanden haben. Er hat unter Berücksichtigung und in Auseinandersetzung sämtlicher medizinischer Akten eingehend und schlüssig begründet, dass eine Arthrose des AC-Gelenks bei erhaltener Gelenkkongruenz nicht innerhalb von wenigen Wochen oder Monaten, sondern über Jahre entsteht, weshalb anlässlich des Unfalls vom 4. August 2017 überwiegend wahrscheinlich ein bereits arthrotisch verändertes Schultergelenk links getroffen wurde (act. II 52 S. 7). Seine Beurteilung, dass es dadurch zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes während 10 bis 12 Wochen gekommen ist (act. II 52 S. 8), findet ihre Bestätigung in den Ausführungen von Dr. med. B. _____ vom 11. Januar 2018 (act. II 16), wonach keine Aktivierung der Arthrose des Schultereckgelenks mehr festgestellt werden konnte bzw. der Beschwerdeführer zeitgleich mit der Abheilung des linken Handgelenks auch keine Schulterbeschwerden mehr gehabt hatte. Diese sind erst durch das Bankdrücken wieder aufgetreten, davor hat der Beschwerdeführer die Tätigkeit als ... ausüben können und war auch beschwerdefrei (act. II 16).

3.4.2 Nach dem Dargelegten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, bestätigt in BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt, dass es infolge des Fahrradsturzes vom 4. August 2017 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Verschleiss-zustandes des linken Schultergelenkes bzw. der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose gekommen ist. Der Status quo sine vel ante war spätes-tens zwölf Wochen nach dem Ereignis erreicht (act. II 31 S. 2 und II 52 S. 8), womit die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die ab dem 11. Januar 2018 behandelten Schulterbeschwerden links entfiel (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Januar

2019 (act. II 53) erweist sich nach dem Ausgeführten als korrekt, womit die Beschwerde abzuweisen ist.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.