

200 13 1133 UV  
KNB/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. Oktober 2015**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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



betreffend Einspracheentscheid vom 20. November 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1970 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war für einen ... als ... tätig und über seinen Arbeitgeber bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA oder Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 25. Juni 2012 beim ... ausrutschte und auf den rechten Ellenbogen stürzte (Akten der SUVA [act. II] 1). Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Diverse medizinische Behandlungen, Abklärungen und Berichte folgten. Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 9. Juli 2013 (act. II 40) stellte die Suva mit Verfügung vom 16. Juli 2013 (act. II 42) die bisher erbrachten Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilungskosten) per 21. Juli 2013 ein, schloss den Fall auf dieses Datum ab und lehnte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab. Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch die D.\_\_\_\_\_, am 7. August 2013 vorsorglich Einsprache erheben (act. II 47), welche er am 6. September 2013, nun vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, begründete (act. II 51). Im Einspracheverfahren holte die SUVA bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_ erneut eine Stellungnahme ein (Bericht vom 24. September 2013 [act. II 54]), welchen sie dem Versicherten am 27. September 2013 zur Gewährung des rechtlichen Gehörs zukommen liess (act. II 56). Von diesem Recht machte dieser am 10. Oktober 2013 Gebrauch (act. II 59). Die SUVA wies mit Entscheid vom 20. November 2013 die Einsprache ab (act. II 63).

### **B.**

Mit Eingabe vom 20. Dezember 2013 liess der Versicherte hiergegen mit folgenden Rechtsbegehren Beschwerde erheben:

Der Einspracheentscheid der SUVA vom 20. November 2013 sei aufzuheben, und dem Beschwerdeführer seien weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Beschwerdeantwort beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 15. August 2014 liess der Beschwerdeführer einen Bericht des Spitals E.\_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2014 einreichen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 10) und ersuchte darum, den Bericht als neues Beweismittel anzuerkennen.

Mit Stellungnahme vom 21. Januar 2015 reichte die Beschwerdegegnerin in der Folge die Beurteilung von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, vom 24. Februar 2014 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA 2]) und die orthopädisch-chirurgische Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie E.\_\_\_\_\_ des Bewegungsapparates, SUVA-Abteilung Versicherungsmedizin, vom 21. Januar 2015 (act. II 3) ein und erneuerte ihr Rechtsbegehren auf Abweisung der Beschwerde.

Hierzu nahm der Beschwerdeführer am 4. Juni 2015 Stellung und hielt seinerseits am beschwerdeweise vorgebrachten Rechtsbegehren fest.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsgegenstand bildet der Einspracheentscheid vom 20. November 2013 (act. II 63). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 21. Juli 2013 hinaus und in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 25. Juni 2012 und dem Gesundheitsschaden.

**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 über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

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

**2.3** 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 Beweismwürdigung 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).

**2.4** 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).

**2.5** 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 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).

### 3.

**3.1** Nicht bestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 25. Juni 2012 einen Unfall im Rechtssinne erlitt (act. II 1 Ziff. 6; vgl. E. 2.1 hiavor). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 21. Juli 2013 (act. II 42) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die nach diesem Zeitpunkt weiterhin geklagten Beschwerden natürlich-kausal zum besagten Unfall sind und einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung begründen. Die massgeblichen Unterlagen zeigen diesbezüglich folgendes Bild:

**3.1.1** Die ärztliche Erstkonsultation erfolgte am 27. Juni 2013 [recte: 2012] bei Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH (act. II 9 Ziff. 1). Dieser diagnostizierte im Bericht vom 18. Dezember 2012 (act. II 10) eine Epikondylitis radialis rechts nach Sturz mit ... . Es sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 27. Juni bis zum 17. Juli

2012 attestiert worden. Ferner sei eine lokale und systemische NSA-Therapie durchgeführt worden und eine Schienenversorgung erfolgt. Anschliessend sei keine relevante Besserung aufgetreten. Die veranlasste MR-Untersuchung habe keine ossäre Störung ergeben; eine lokale Steroidinfiltration habe nur kurzfristig eine Besserung erbracht. Am 17. Dezember 2012 habe sich der Beschwerdeführer erneut bei ihm (Dr. med. H. \_\_\_\_\_) gemeldet, nachdem er bis anhin 100% gearbeitet habe. Aktuell bestehe eine Hyperpathie im Bereich des Epikondylus radialis rechts. Provokationstests seien erneut positiv ausgefallen. Zudem bestehe eine Funktionseinschränkung, die allerdings durch die Epikondylitis nur ungenügend erklärt sei (S. 1). Dr. med. H. \_\_\_\_\_ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit vom 18. Dezember 2012 bis 10. Januar 2013 (S. 2).

**3.1.2** Am 6. Februar 2013 wurde der Beschwerdeführer im Spital I. \_\_\_\_\_ untersucht (act. II 13/2). In deren Bericht vom 7. Februar 2013 wurde die Verdachtsdiagnose eines Epicondylitis humeri radialis gestellt. Der Beschwerdeführer habe sich im Mai 2012 bei einem Sturz bei der Arbeit eine Kontusion seines rechten Ellenbogens zugezogen. Dabei habe er einen Riss am Ellenbogen bemerkt. Zwei Tage später seien die Schmerzen so stark gewesen, dass er den Hausarzt aufgesucht habe. Durch die probatorische Infiltration mit Cortison habe eine leichte Linderung seiner Beschwerden für ca. ein bis zwei Monate erreicht werden können. Seit Dezember 2012 sei der Beschwerdeführer wegen progredienten Schmerzen nicht mehr arbeitsfähig. Vor dem Unfall sei er immer beschwerdefrei gewesen. In der radiologischen Untersuchung des Ellbogens rechts in zwei Ebenen habe keine ossäre Läsion festgestellt werden können, insbesondere im Bereich des Caput radii; ebenfalls keine Osteochondritis (S. 1). Die Verdachtsdiagnose eines Epicondylus humeri radialis habe sich bestätigt. Die untersuchenden Ärzte empfahlen eine konservative Therapie mit Physiotherapie: Kräftigung, Massage, Kinesiotaping und Ultraschall. Eine Nachkontrolle erfolge in sechs Wochen. Für diese Zeit bleibe der Beschwerdeführer arbeitsunfähig (S. 2).

**3.1.3** Am 23. April 2013 erfolgte eine Operation im Spital I. \_\_\_\_\_; act. II 27). Im gestützt darauf verfassten Operationsbericht vom 29. April 2013 wurde eine posttraumatische Epicondylitis humeri radialis Ellbogen rechts

dominant diagnostiziert. Es sei eine Verlängerungsplastik der Extensoren, eine Gelenksdenervation sowie eine Gelenksinspektion durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer leide seit mehreren Monaten unter persistierenden Schmerzen am Epicondylus humeri radialis rechts. Seit vier Monaten werde eine konservative Therapie durchgeführt, wobei nur wenig Beschwerdelinderung habe erzielt werden können. Der Beschwerdeführer sei seither arbeitsunfähig (S. 1).

**3.1.4** Gemäss der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2013 (act. II 40) sei die Gesundheit des Beschwerdeführers schon vor dem Unfall vom 25. Juni 2012 in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Dieser habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt. Nach ca. sechs Wochen sei der Status quo ante wieder erreicht worden. Das MRI habe eine Ansatz tendonopathie (degenerativ) ohne Nachweis jeglicher unfallbedingter struktureller Läsionen ergeben.

**3.1.5** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie FMH, diagnostizierte im undatierten, die Konsultation vom 23. Juli 2013 in der I. \_\_\_\_\_ betreffenden Bericht einen Status nach Verlängerungsplastik Extensoren, Gelenksdenervation und Gelenksinspektion am 23. April 2013 bei posttraumatischer Epicondylitis humeri radialis Ellenbogen rechts (act. II 51/4). Der Beschwerdeführer habe nach wie vor Schmerzen, insbesondere Arbeiten mit einer grossen Schere würden die Schmerzen provozieren oder auch Schwimmen. Die Schmerzen würden teilweise in die Schulter ausstrahlen. Die Narbe sei absolut reizlos und gut verschieblich zum Untergrund. Das Ellenbogengelenk sei stabil bei nur geringer Schmerzauslösung bei Palpation des radiohumeralen Gelenkintervalles. Stärkste Schmerzen fänden sich nach wie vor direkt im Bereich des Epicondylus humeri radialis. Die Palpation des Radialtunnels sei wenig schmerzhaft, die Provokationstests negativ. Bisher sei seit der Operation keine Physiotherapie erfolgt. Nun werde diese wieder begonnen, insbesondere Ultraschall, Triggerpunktmassage sowie lokalantiphlogistisch und es werde eine Brace getragen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 75%, d.h. 50%-ige Leistungsfähigkeit bei halbtätiger Anwesenheit. Gemäss

den Unterlagen sei eindeutig das Unfallereignis ursächlich für die Beschwerden.

**3.1.6** Wie der Aktenbeurteilung des Kreisarztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 24. September 2013 (act. II 54) entnommen werden kann, erfolgte mittels Bildgebung der Frakturausschluss, sodass die korrekte Diagnose Kontusion rechter Ellenbogen laute. Im MRT des rechten Ellenbogens knapp vier Wochen nach dem Unfallereignis könnten ebenfalls keine unfallbedingten strukturellen Läsionen nachgewiesen werden, sehr wohl aber eine Ansatzendinopathie der gemeinsamen Extensorensehne im Bereich des radialen Epicondylus humeri rechts. Es sei somit echtzeitlich dokumentiert, dass zum Zeitpunkt des Unfallereignisses degenerative Veränderungen im Bereich des rechten Ellenbogens vorgelegen hätten. Somit müsse man davon ausgehen, dass es durch die Kontusion des rechten Ellenbogens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes gekommen sei. Entsprechende Beschwerden würden in der Regel in einem Zeitraum von ca. sechs Wochen abheilen. Soweit leserlich sei der Beschwerdeführer ab dem 25. Juli 2012 wieder zu 100% arbeitsfähig gewesen (S. 2 Ziff. 3). Die Behauptung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, dass die Beschwerden durch das Unfallereignis verursacht worden seien, sei nicht nachvollziehbar, da dies weder anatomisch noch versicherungsmedizinisch begründet werde. Fakt sei, dass weder im MRI noch im Operationsbericht eine unfallbedingte strukturelle Läsion beschrieben worden sei. Aus oben Genanntem lasse sich somit schlussfolgern, dass ca. sechs Wochen nach dem Unfallereignis die Leistungspflicht des Unfallversicherers erloschen sei (S. 3 Ziff. 3).

**3.1.7** Wie dem Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für E. \_\_\_\_\_ des Bewegungsapparates FMH und ... am Spital E. \_\_\_\_\_, vom 31. Juli 2014 (act. I 10) zu entnehmen ist, stellte sich der Beschwerdeführer am 28. Januar 2014 erstmalig vor. Damals hätten Schmerzen im Bereich des rechten Epicondylus im Vordergrund gelegen. Diese seien zuerst wie durch die vorbehandelnden Ärzte als persistierende Epicondylitis gewertet worden. Im Verlauf sei es dann zunehmend zum Verdacht einer posterolateralen Rotationsinstabilität gekommen, welche sich in einer sehr ähnlichen Klinik äussere und oft als Epicondylitis verkannt werde. Bei the-

rapier refraktären Beschwerden habe man sich zur Durchführung einer diagnostischen Arthroskopie mit erneutem Débridement des ECRB-Ansatzes sowie Beurteilung der Gelenkinstabilität entschieden. Im Rahmen dieses Eingriffes habe sich eine deutliche Aufklappbarkeit auf Supinationsstress mit posterioem Subluxieren des Radiusköpfchens im Sinne einer klassischen posterolateralen Rotationsinstabilität gezeigt. Diese sei klar auf das Trauma vor zwei Jahren zurückzuführen und sei bisher als chronische Epicondylitis verkannt worden (S. 1 Ziff. 1). Aufgrund dieser symptomatischen Instabilität sei von einer Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf auszugehen (Ziff. 2). Infolge der arthroskopisch klar nachgewiesenen posterolateralen Instabilität, welche sich klinisch bei nicht narkotisierten Patienten nur schwierig beurteilen lasse, sei der Beschwerdeführer sicherlich für körperliche Tätigkeiten aktuell arbeitsunfähig. Denkbar wären aber leichte Bürotätigkeiten (S. 2).

**3.1.8** Gemäss der Einschätzung von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2014 (act. IIA 2) kämen im MRI vom 13. Juli 2012 keine bildmorphologischen Veränderungen zur Darstellung, die nach radiologischen Kriterien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 25. Juni 2012 zurückzuführen seien. MR-morphologisch liege eine Epikondylitis radialis vor. Die MR-Untersuchung sei 18 Tage nach dem Trauma durchgeführt worden. Wenn im Rahmen des Traumas eine relevante Ellbogenkontusion vorgelegen hätte, so wären zu diesem Zeitpunkt auch Weichteilveränderungen zu erwarten gewesen. Die Epikondylitis radialis sei kein unfallbedingter Schaden, sondern Folge einer chronischen Überbeanspruchung (S. 1 Ziff. 1). Seiner Beurteilung nach sei der Kapselbandrand normal. Er erkenne keine Läsion dieser Strukturen. Aber auch wenn eine Kapselbandläsion vorgelegen haben sollte, halte er es für sehr unwahrscheinlich, dass diese beim Beschwerdeführer durch das Trauma bedingt sein sollte.

**3.1.9** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte in seiner orthopädisch-chirurgischen Einschätzung vom 21. Januar 2015 (act. IIA 3) aus, der Beschwerdeführer habe sich beim Ereignis vom 25. Juni 2012 eine Prellung des rechten Ellbogengelenks auf der Aussenseite zugezogen. Strukturelle Schäden seien durch die Prellung nicht entstanden, auch keine äusseren Verletzungszei-

chen oder MR-Residuen im 18 Tage nach dem Ereignis angefertigten MRI. Vor diesem Hintergrund sei es verständlich, dass der Beschwerdeführer erst am übernächsten Tag nach dem Unfall die Arbeit eingestellt habe. Er habe mit den Prellungsfolgen weiterarbeiten können. Unfallbedingt habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 11). Unfallunabhängig bestehe eine Epikondylopathia humeri radialis (sogenannter Tennisellbogen) mit degenerativen Veränderungen im Bereich der Strecksehnen, die am Epikondylus ihren Ursprung hätten. Die degenerativen Veränderungen seien ausgeprägt. Sie könnten sich nicht im Zeitfenster von 18 Tagen entwickelt haben. Zudem habe keine Zugbelastung auf die Sehne eingewirkt, welche geeignet gewesen wäre, diese zu schädigen. Die stumpfe Gewalteinwirkung sei so gering gewesen, dass sie keine Residuen im Bereich der über der Sehne liegenden Strukturen verursacht habe. Somit sei überwiegend wahrscheinlich der Vorzustand durch den Unfall vom 25. Juni 2012 weder verschlimmert worden noch habe das Ereignis eine bis anhin stumme Schadensanlage symptomatisch lassen werden können. Bezüglich der Stabilität des Ellenbogengelenkes gebe es unterschiedliche Expertenmeinungen. Der Widerspruch könne durch ihn (Dr. med. G. \_\_\_\_\_) nicht aufgelöst werden. Er habe aber dargelegt, dass die Unfallmechanik des Unfallereignisses vom 25. Juni 2012 nicht geeignet sei, eine Läsion von Bandstrukturen bzw. eine Instabilität des Gelenkes zu verursachen. Ferner liessen sich im zeitnah angefertigten MRI keine Verletzungszeichen im Bereich des Kapsel-Bandapparates nachweisen. Weiter führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ an, in den Berichten des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 2. und 31. Juli 2014 würden Befunde mitgeteilt, die bisher nicht dokumentiert worden seien und zum Teil im Widerspruch zu Befunderhebungen anderer Untersucher stünden. Die beiden besagten Berichte würden jedoch keine Erkenntnisse beinhalten, die eine andere Beurteilung der Unfallfolgen zuliesse. Es lägen keine bisher verkannten unfallbedingten Beschwerden vor, welche die Arbeitsfähigkeit seit dem 21. Juli 2013 beeinträchtigen würden. Wegen Unfallfolgen (Prellung der Aussenseite des rechten Ellbogengelenks) habe zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 12).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat,

ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 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). 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). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollzieh-

baren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 20. November 2013 (act. II 63) im Wesentlichen auf die kreisärztliche Aktenbeurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 24. September 2013 (act. II 54). Im Beschwerdeverfahren reichte sie zudem die Beurteilungen von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2014 (act. IIA 2) und von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ von der SUVA -Abteilung Versicherungsmedizin vom 21. Januar 2015 (act. IIA 3) ein, die die Schlussfolgerungen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ stützen.

Diese Einschätzungen erscheinen für sich allein betrachtet plausibel, erfüllen aber - mit Blick auf die gesamten bisherigen Akten - aus nachfolgenden Gründen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) nicht: Die besagten Berichte ergeben vorab deshalb kein schlüssiges Bild, da weitere spezialärztliche Berichte vorliegen, die ihnen widersprechen und von unfallkausalen Einschränkungen ausgehen (vgl. u.a. Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2014 [act. I 10]). Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ lagen diese Berichte bei seiner Einschätzung im Dezember 2014 (offenbar) nicht vor; so basiert seine Einschätzung einzig auf dem MRI vom 13. Juli 2012 sowie den Bericht betreffend die Operation vom 15. Mai 2014. Der Beschwerdeführer bringt denn zu Recht in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2015 (in den Prozessakten) vor, dass Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ somit nicht in Kenntnis der diagnostischen Arthroskopie durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ bzw. den damals gezogenen Schlüssen war, weswegen er sich auch nicht mit der in der Beurteilung des Spitals E.\_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2014 vorgebrachten Argumentation befassen konnte. Aber auch die vom Beschwerdeführer zum Beweis einer geltend gemachten Unfallkausalität angegebenen medizinischen Berichte erfüllen

die Anforderungen nicht, um eine rechtsgenügende Kausalitätsbeurteilung vorzunehmen. Eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den zeitnahen Befunderhebungen wie auch den bildgebenden Abklärungen sowie der Bedeutung der zwischenzeitlich erfolgten Operation fehlt.

Mangels genügender medizinischer Grundlagen zur Beurteilung der Frage der Kausalität kann somit vorliegend nicht über den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung entschieden werden. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein externes Gutachten zur Unfallkausalität einholt, wobei dem Gutachter die - soweit notwendig - ergänzten Akten vorzulegen sind (insbesondere der von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ erwähnte [act. IIA 3 S. 6] Sprechstundenbericht des Spitals E.\_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2014, der Operationsbericht betreffend den operativen Eingriff vom 15. Mai 2014 sowie der vom Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2015 erwähnte Operationsbericht vom 25. September 2014).

#### **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**

**4.2.1** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

**4.2.2** Entsprechend den angemessenen Kostennoten von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2015 wird die Parteientschädigung auf Fr. 3'029.40 (Aufwand von Fr. 2'750.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 55.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 224.40) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 20. November 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und danach neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'029.40 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher 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.