

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Juni 2026

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 21. Januar 2026



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über die Kantonale Arbeitslosenkasse ... bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert, als er sich gemäss Schadenmeldung vom 19. August 2014 am 24. Juli 2013 bei einem Sturz von der Leiter am rechten Ellbogen verletzte (Akten der Suva [act. II] 1, 8 f.). Die Suva anerkannte dieses Ereignis rückwirkend als Unfall (vgl. act. II 15 S. 1). Nach Rückfallmeldungen in den Jahren 2014, 2016 und 2020 (act. II 1, 8, 77, 89) erbrachte sie jeweils vorübergehende Leistungen (vgl. act. II 15 f., 57, 87 f., 98, 101). Auch nach der Rückfallmeldung vom 3. April 2023 (act. II 107) anerkannte sie ihre Leistungspflicht erneut und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (vgl. act. II 117 f.). Nachdem sie mit (formlosem) Schreiben vom 9. Juli 2025 (act. II 235) die Heilbehandlung und Taggeldleistungen per 31. August 2025 eingestellt hatte, sprach sie dem Versicherten gestützt auf zwei Beurteilungen von dipl. Arzt B._____, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, vom 3. Juli 2025 (act. II 229 f.) mit Verfügung vom 18. Juli 2025 (act. II 244) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 17 % ab dem 1. September 2025 eine Invalidenrente sowie bei einer Integritätseinbusse von 5 % eine Integritätsentschädigung zu. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 249) mit Entscheid vom 21. Januar 2026 (act. II 305) fest.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 23. Januar 2026 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides seien eine unabhängige medizinische Begutachtung anzuordnen, der IV-Grad neu festzusetzen, die Integritätsentschädigung neu zu beurteilen und die Heilbehandlung weiterhin durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 24. Februar 2026 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 2. März 2026 ging beim Gericht eine Eingabe des Beschwerdeführers samt Beilagen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6 - 9) ein. Diese wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 2. März 2026 zur Kenntnisnahme zugestellt.

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 – vorbehaltlich nachfolgender E. 1.2 – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 21. Januar 2026 (act. II 305). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Juli 2013 bzw. der Rückfallmeldung

vom 3. April 2023 (act. II 107) in Form einer Invalidenrente sowie einer Integritätsentschädigung. Soweit der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Heilbehandlung im Sinne des Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20; d.h. nach Fallabschluss) geltend machen sollte, wäre darauf nicht einzutreten, da die Beschwerdegegnerin darüber nicht verfügt hat (vgl. BGE 125 V 413 E. 2a S. 415).

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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 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; AS 2016 4375, 4387).

Vorliegend werden Leistungen gestützt auf den Unfall vom 24. Juli 2013 (vgl. act. II 107, 118) geltend gemacht, womit die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Bestimmungen (fortan: aArt.) zur Anwendung gelangen.

2.2 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).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (unter anderem) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358).

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

2.3.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden deckt sich die natürliche weitgehend mit der adäquaten Unfallkausalität. Hier spielt mithin die unter Adäquanzgesichtspunkten entscheidende Frage, ob das Unfallereignis 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, für die Begründung der Leistungspflicht praktisch keine Rolle (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220).

2.3.3 Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 46, 8C_934/2014 E. 3.2, 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 E. 2.1.2).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 149 V 224 E. 6.3.1 S. 235, 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11, 8C_283/2009 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 162, 8C_183/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist zu Recht unbestritten, dass der Sturz von der Leiter am 24. Juli 2013, bei dem sich der Beschwerdeführer den rechten Ellbogen verletzte (act. II 1, 8), einen Unfall im Rechtssinne (vgl. E. 2.2 hiavor) darstellt (vgl. act. II 15 S. 1). Ebenfalls ausgewiesen und zu Recht unbestritten ist der natürliche Kausalzusammenhang (vgl. E. 2.3 hiavor) zwischen dem mit Rückfallmeldung vom 3. April 2023 (act. II 107) betreffend den rechten Ellbogen geltend gemachten Gesundheitsschaden und dem Unfall vom 24. Juli 2013 (vgl. act. II 117 f.); dieser wurde bereits im Rahmen früherer Rückfallmeldungen anerkannt (vgl. act. II 1, 8, 15 f., 57, 77, 87 - 89, 98, 101). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch in Zusammenhang mit dem vorliegend zu beurteilenden Rückfall entsprechende Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern bis zum Fallabschluss per 31. August 2025 erbracht und in der Folge eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von 17 % sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % zugesprochen (vgl. act. II 118, 244, 305).

Streitig und zu prüfen sind hingegen der per 31. August 2025 erfolgte Fallabschluss sowie die Höhe der zugesprochenen Invalidenrente und der Integritätsentschädigung. Zur Beurteilung dieser Fragen bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_824/2018 vom 26. März 2019 E. 3.2). Insoweit präsentieren sich die Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.2

3.2.1 Im ärztlichen Attest vom 22. Januar 2024 (act. II 198 S. 3) führte die behandelnde Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, aus, dass der Beschwerdeführer im April 2023 seine Stelle als ... aufgrund einer psychosozialen Belastungssituation (Mobbing mit Schlafstörungen und depressiver Reaktion) habe kündigen müssen, dies bei Status nach einem Unfall mit eingeschränkter Tätigkeit schmerzbedingt im März 2023.

3.2.2 Im Sprechstundenbericht der Klinik D._____, ..., vom 17. Juli 2024 (act. II 166 S. 2 - 4) wurde als Diagnose eine posttraumatische Kubitalthrose des rechten Ellbogens mit freien Gelenkkörpern, grossen Os-

teophyten, Olecranonspitze und Processus coronoideus mit konsekutiver Einschränkung der Beweglichkeit genannt (act. II 166 S. 2). Zur Verbesserung der Beweglichkeit werde eine Arthrolyse mit Osteophytenentfernung an der Coronoid- und Olecranonspitze, Entfernung der freien Gelenkkörper sowie gegebenenfalls Chondroplastie und Mikrofrakturierung empfohlen (act. II 166 S. 3).

Am 9. August 2024 wurde in der Klinik D._____ eine Arthroskopie des rechten Ellbogens mit Entfernung der freien Gelenkkörper, Arthrolyse und Entfernung von Osteophyten durchgeführt (act. II 165 S. 2). Im Operationsbericht desselben Datums (act. II 165 S. 2 f.) wurde als Vorgehen das Sicherstellen einer ausreichenden Analgesie, eine tägliche Physiotherapie mit aktiver und passiver Durchmobilisation sowie der Verzicht auf eine Ruhigstellung festgehalten. Es seien Verlaufskontrollen nach sechs und zwölf Wochen in der Sprechstunde des Operators vorgesehen (act. II 165 S. 3).

Dem Sprechstundenbericht der Klinik D._____ vom 18. September 2024 (act. II 172 S. 2 f.) ist zu entnehmen, dass sich sechs Wochen postoperativ ein regelrechter Verlauf zeige; insgesamt bestünden noch Einschränkungen der Beweglichkeit in Extension und Flexion, weshalb eine weitere intensive Physiotherapie erforderlich sei. Es sei auch mit Kräftigungsübungen, ohne zu starke Gewichtsbelastung des Ellbogens zu beginnen. Die nächste Kontrolle sei in sechs Wochen geplant (act. II 172 S. 3).

Im Zeugnis der Klinik D._____ vom 18. September 2024 (act. II 170 S. 2) wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 19. September 2024 bis 16. Oktober 2024 attestiert. Ab dem 17. Oktober 2024 bestehe eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ohne Belastung des rechten Ellbogens über 5 kg.

In einem weiteren Zeugnis der Klinik D._____ vom 7. Oktober 2024 (act. II 176) wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 17. Oktober 2024 bis 11. November 2024 bescheinigt. Ab dem 12. November 2024 bestehe wieder eine – wie bereits zuvor beschriebene – Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten.

Im Sprechstundenbericht der Klinik D._____ vom 5. November 2024 (act. II 179 S. 2 f.) wurde festgehalten, dass 13 Wochen postoperativ ein regelrechter Heilungsverlauf vorliege. Es werde das Fortführen der Physiotherapie bei noch leichten Restbeschwerden empfohlen. Die nächste Verlaufskontrolle sei in drei Monaten geplant (act. II 179 S. 2).

Aus dem Sprechstundenbericht der Klinik D._____ vom 5. Februar 2025 (act. II 192 S. 2 f.) ergibt sich klinisch wie auch sonografisch ein zufriedenstellender Verlauf sechs Monate postoperativ. Aktuell bestünden noch gewisse Irritationszeichen am lateralen Epicondylus und im Verlauf der Extensoren. Es sei ein Wechsel der Analgesie auf ein orales und lokales NSAR mit Magenschoner besprochen worden. Zusätzlich sei eine weitere Therapie, auch zur spezifischen Dehnung der Extensoren, verordnet worden. Ansonsten seien keine spezifischen Massnahmen erforderlich. Die weiteren Verlaufskontrollen seien im Rahmen der üblichen Nachkontrollintervalle vorgesehen (act. II 192 S. 3).

3.2.3 Am 24. März 2025 attestierte Dr. med. C._____ aufgrund des unfallbedingten Leidens (Ellbogenbeschwerden rechts) eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. März 2025 bis 31. Mai 2025 (act. II 197 S. 2).

3.2.4 Dem Sprechstundenbericht der Klinik D._____ vom 15. April 2025 (act. II 215 S. 2 f.) ist zu entnehmen, dass sich die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden in der klinischen Untersuchung nicht objektivieren liessen. In der kürzlich durchgeführten Sonografie habe sich eine gering ausgeprägte Tendinopathie der Extensorenansätze gezeigt, jedoch ohne Hinweise auf Sehnenrupturen. Auch dieser Befund lasse sich klinisch nicht eindeutig als symptomatisch werten. Objektiv bestünden ein Streckdefizit von ca. 10° sowie ein Flexionsdefizit von ca. 20° im betroffenen Ellbogengelenk. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer persistierende Schmerzen geschildert. Allein aufgrund der objektivierbaren Befunde – insbesondere der leicht eingeschränkten Beweglichkeit – könne jedoch keine vollständige Arbeitsunfähigkeit als ... attestiert werden. Ein schrittweiser Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit erscheine sinnvoll, beispielsweise mit einer anfänglichen Arbeitsbelastung von 80 %, welche sukzessive gesteigert werden könne. Sollte die Möglichkeit bestehen, vorüberge-

hend eine angepasste Tätigkeit (z. B. im administrativen Bereich) auszuüben, wäre dies aus medizinischer Sicht zu begrüssen (act. II 215 S. 3).

Im Bericht der Klinik D. _____ vom 16. Juni 2025 wurde festgehalten, dass bei ihrer orthopädischen Einschätzung sowohl die objektiven klinischen Befunde als auch die subjektiv geschilderten Beschwerden berücksichtigt worden seien (act. II 225 S. 1).

3.2.5 Am 17. Juni 2025 bescheinigte Dr. med. C. _____ aufgrund des unfallbedingten Leidens (Ellbogenbeschwerden rechts) eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % vom 1. Juni 2025 bis 28. August 2025 (act. II 226 S. 2).

3.2.6 Dipl. Arzt B. _____, Facharzt für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, stellte im Aktenbericht vom 3. Juli 2025 die folgenden Diagnosen (act. II 229 S. 3):

- Retrospektiv Leitersturz am 24. Juli 2013 mit/bei:
Zuzug einer Radiusköpfchenmeisselfraktur mit minimaler Gelenkflächenimpression bei wahrscheinlich vorbestehender, mässiggradiger, humeroradialer und humeroulnarer Arthrose Ellbogen rechts
- Primär unbehandelt mangels Aufsuchens eines Arztes
 - Status nach Arthroskopie des rechten Ellbogens mit Entfernung von freien Gelenkkörpern, Arthrolyse und Entfernung von Osteophyten bei Kubitalarthrose mit freien Gelenkkörpern und Osteophyten an Coronoid- und Olecranonspitze, mit Einschränkung der Extension/Flexion am 9. August 2024 (fecit Dr. med. E. _____, Klinik D. _____ [act. II 165 S. 2 f.])
 - Status nach arthroskopischer Entfernung dorsaler Osteophyten und Débridement der ventralen Gelenkkapsel am rechten Ellbogen bei beginnender posttraumatischer Arthrose des rechten Ellbogens, mit Extensionsdefizit von 30° bei störendem prominentem Osteophyt des Processus coronoideus, bei Status nach Fraktur Processus coronoideus und Radiusköpfchen von 2013, am 17. Februar 2015 (fecit Dr. med. F. _____ [act. II 46])
 - aktuell: persistierendes Streckdefizit von 10° und Flexionsdefizit von 20° bei mässiggradiger, teilunfallkausaler, sekundärer Radiohumeralarthrose und vorbestehender Humeroulnararthrose rechts mit verminderter Belastbarkeit

Als Folge des Leitersturzes im Jahr 2013 resultiere eine – mangels Aufsuchens eines Arztes – erst ein Jahr später mittels MRI diagnostizierte Radiusköpfchenfraktur bei wahrscheinlich vorbestehender humeroradialer, aber

auch humeroulnarer Gelenksarthrose mässigen Grades des rechten Ellbogens; diese sei zu diesem Zeitpunkt bereits mit einer resultierenden Gelenkstufenbildung von ca. 1 mm konsolidiert gewesen. Eine erste chirurgische, arthroskopische Revision sei am 17. Februar 2015 durch den Orthopäden Dr. med. F._____ durchgeführt worden. Dabei habe dieser eine beginnende Arthrose im rechten Ellbogengelenk sowie ein Extensionsdefizit von 30° bei einem störenden prominenten Osteophyten im Bereich des Processus coronoideus befundet. Bei zunehmenden belastungsabhängigen Beschwerden (insbesondere bei Arbeiten mit der ...) sowie aufgrund der voranschreitenden Kubitalarthrose mit freien Gelenkkörpern und Osteophyten im Bereich des Coronoids und der Olecranonspitze und der anhaltenden Beweglichkeitseinschränkung sei im August 2024 eine Re-Arthroskopie durch die behandelnde Orthopädin Dr. med. E._____ in der Klinik D._____ durchgeführt worden. Die postoperative orthopädische Behandlung sei in der Klinik D._____ am 15. April 2025 mit dem oben genannten Lokalbefund und Ergebnis abgeschlossen worden. Dieses Ergebnis könne weder konservativ noch operativ verbessert werden. In unfallkausaler Hinsicht sei die wahrscheinlich vorbestehende humeroradiale Arthrose durch die Radiusköpfchenfraktur mit resultierender Stufenbildung richtunggebend verschlimmert worden. Mangels primärer radiologischer Diagnostik könne hierüber jedoch keine sichere Aussage gemacht werden. Die resultierende Belastungsintoleranz sei medizinisch nachvollziehbar. Dieser werde durch das folgende, den rechten Ellbogen betreffende Belastungsprofil Rechnung getragen: Es seien ganztägig leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar (act. II 229 S. 4). Hingegen seien keine Tätigkeiten mehr möglich, die mit einer erheblichen Vibrations- oder Schlagbelastung auf den rechten Ellbogen einhergingen (wie beim ... beim ...), bei denen das rechte Ellbogengelenk dauerhaft gestreckt gehalten werden müsse oder ein ständiges Abstützen erforderlich sei, oder die mit einer erheblichen Stossbelastung einhergingen, wiederholende Umkehrbewegungen des Vorderarms erforderten oder mit Zwangshaltungen für den rechten Arm verbunden seien (act. II 229 S. 4 f.). Die angestammte Tätigkeit könne trotz der Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder ausgeübt werden, sofern die oben beschriebenen Anpassungen vorgenommen würden (act. II 229 S. 5).

3.2.7 Am 25. August 2025 berichtete Dr. med. C._____, dass der Beschwerdeführer weiterhin an Schmerzen im rechten Ellbogen und nun auch reaktiv an Zervikobrachialgien leide (act. II 270 S. 2).

Am 11. September 2025 bescheinigte Dr. med. C._____ eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % vom 1. August 2025 bis 31. Oktober 2025 (act. II 279 S. 2).

3.2.8 PD Dr. med. G._____, Facharzt für Anästhesiologie, Spital H._____, hielt im Bericht über die Schmerzsprechstunde vom 11. September 2025 (act. II 277) fest, dass es sich um eine eingefahrene, hochgradig chronifizierte Schmerzproblematik nach einem Unfall am rechten Ellbogen handle, wobei sich die Situation trotz der kürzlich erfolgten Operation in der Klinik D._____ nicht wesentlich geändert habe. Klinisch finde sich ein mittlerweile stark ausgeweitetes myofaszielles Schmerzsyndrom im Bereich des gesamten rechten oberen Quadranten als Hinweis auf eine zunehmende zentrale Hypersensibilisierung, weshalb dem Beschwerdeführer in schmerzmodulierender Absicht Pregabalin in eskalierender Dosierung verschrieben worden sei. Zudem seien anlässlich der aktuellen Konsultation ultraschallgesteuerte Triggerpunktinfiltrationen im Bereich der schmerzhaftesten myofaszialen Druckpunkte, insbesondere zervikal rechts, durchgeführt worden, welche bei gutem Ansprechen problemlos wiederholt werden könnten. Bei Persistenz der Beschwerden könne sich der Beschwerdeführer direkt wieder in der Sprechstunde melden.

3.2.9 Dr. med. C._____ führte im Bericht vom 16. Januar 2026 (act. II 304 S. 2) aus, dass der Beschwerdeführer an persistierenden, hochgradig chronifizierten Schmerzen am rechten Ellenbogen (nach dem Unfall) leide; trotz der in der Klinik D._____ erfolgten Operation sei es zu keiner wesentlichen Beschwerdeverbesserung gekommen. Die Ärztin verwies auf die von PD Dr. med. G._____ durchgeführte schmerztherapeutische Behandlung. Eine schmerzregulierende perorale Therapie mit Duloxetin, Saroten sowie Pregabalin sei nicht toleriert worden. Der Beschwerdeführer nehme aktuell zur Schmerzlinderung regelmässig Dafalgan und Vimovo zu sich. Zudem finde eine regelmässige Physiotherapie zur lokalen Schmerzreduktion statt.

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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). 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). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Januar 2026 (act. II 305) massgeblich auf die Aktenbeurteilung von dipl. Arzt B._____ vom 3. Juli 2025 (act. II 229) gestützt. Diese erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert solcher Aktenberichte gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor) und überzeugt. Dem Versicherungsmediziner lagen sämtliche medizinischen Akten, insbesondere auch diejenigen in Zusammenhang mit

der im August 2024 erfolgten Operation am rechten Ellbogen (vgl. E. 3.2.2 und 3.2.4 hiavor), einschliesslich der bildgebenden Befunde (vgl. act. II 14, 84, 131, 166 S. 3, 229 S. 1 - 3), vor. Dass dipl. Arzt B. _____ keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchgeführt hat (vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 27. Februar 2026, S. 1), ist nicht zu beanstanden, konnte er sich aufgrund der lückenlosen medizinischen Akten, insbesondere des durch die Klinik D. _____ vollständig dokumentierten fachärztlichen Behandlungsverlaufs, doch ein gesamthaft umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers verschaffen (vgl. E. 3.3 in fine hiavor) und wären aus einer persönlichen Untersuchung keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass dipl. Arzt B. _____ nach seiner Funktion und beruflichen Stellung als Facharzt im Bereich der Unfallmedizin ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten beurteilt, so dass er neben seinen chirurgischen Kenntnissen auch über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen verfügt (vgl. Urteile des BGer 8C_637/2020 vom 4. März 2021 E. 5.1 und 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.2).

3.4.1 Dipl. Arzt B. _____ legte unter Bezugnahme auf den Behandlungsverlauf (act. II 229 S. 2 und 4) und in Übereinstimmung insbesondere mit der Beurteilung durch die Behandler der Klinik D. _____, welche bei gutem Operationsergebnis mit einem verbleibenden Streckdefizit von ca. 10° sowie einem Flexionsdefizit von ca. 20° des betroffenen rechten Ellbogens/Arms und mit subjektiv geklagten, jedoch klinisch-organisch nicht hinreichend objektivierbaren Schmerzen den Behandlungsabschluss am 15. April 2025 vorgenommen und eine sukzessive zu steigernde Arbeitsfähigkeit von anfänglich 80 % attestiert hatten (vgl. act. II 215 S. 3, 225 S. 1), überzeugend begründet dar, dass im Nachgang zu diesem Behandlungsabschluss keine massgebende Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten war bzw. ist (vgl. E. 2.4 hiavor), mithin von einem erreichten medizinischen Endzustand auszugehen ist. Diesbezüglich ergeben sich aus den Akten keine Widersprüche, vielmehr hielt auch PD Dr. med. G. _____ am 11. September 2025 fest, dass mit der letzten Operation keine (weitere) Verbesserung habe erzielt werden können (act. II 277).

Damit ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 151 V 280 E. 3.3.1 S. 282, 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3) erstellt, dass der medizinische Endzustand spätestens im Zeitpunkt der Aktenbeurteilung im Juli 2025 erreicht war. Dem stehen die fortwährend wahrgenommene Physiotherapie (act. II 304 S. 2; act. I 3), eine allfällig fortgesetzte schmerzmedizinische Behandlung (Infiltrationen [vgl. act. II 277]) sowie eine medikamentöse Schmerzbekämpfung (vgl. act. II 304 S. 2) rechtsprechungsgemäss nicht entgegen (vgl. Urteil des BGer 8C_807/2023 vom 11. Juni 2024 E. 6.1 mit Hinweis). Die Beschwerdegegnerin hat den Fall folglich zu Recht per 31. August 2025 abgeschlossen, indem sie die Heilbehandlung und Taggeldleistungen einstellte und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung prüfte (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.4.2 Hinsichtlich der aus unfallkausaler Sicht medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie des medizinischen Belastungsprofils legte dipl. Arzt B._____ nachvollziehbar dar, dass aufgrund des diagnostizierten persistierenden Streckdefizits von 10° und Flexionsdefizits von 20° bei einer mässiggradigen, teilunfallkausalen, sekundären Radiohumeralarthrose und vorbestehenden Humeroulnararthrose rechts mit verminderter Belastbarkeit des rechten Ellbogens/Arms (act. II 229 S. 3) eine quantitativ uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne erhebliche Vibrations- oder Schlagbelastung auf den rechten Ellbogen, ohne dauerhaft gestreckte Ellbogenhaltung oder ständiges Abstützen, ohne erhebliche Stossbelastung, ohne wiederholende Umkehrbewegungen des Vorderarms und ohne Zwangshaltungen des rechten Arms) bestehe (act. II 229 S. 4 f.). Dabei trug er der unfallbedingt eingeschränkten Belastbarkeit und Funktionalität des rechten Ellbogens bzw. Arms in angemessener Weise Rechnung. Diese Einschätzung steht im Einklang mit den von den Behandlern der Klinik D._____ erhobenen Befunden (vgl. act. II 172 S. 2 f., 215 S. 3). Allein der Umstand, dass die fachärztlich beschriebenen Einschränkungen nicht mit der Selbsteinschätzung bzw. Schmerzwahrnehmung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde und Eingabe des Beschwerdeführers vom 27. Februar 2026, S. 1) respektive mit den von der behandelnden

Hausärztin Dr. med. C._____ attestierten Teilarbeitsunfähigkeiten von 30 % (vgl. act. II 197, 226, 279, jeweils S. 2) übereinstimmen, vermag weder der geringe Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung von dipl. Arzt B._____ zu begründen noch ein Abweichen von dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu rechtfertigen. Die behandelnde Hausärztin nennt in ihren Berichten keine wesentlichen neuen Befunde, welche die Vollständigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsmedizinischen Beurteilung in Frage zu stellen (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3) oder deren fortwährende Aktualität im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheides zu beeinträchtigen vermöchten. Zudem äussert sie sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht in Bezug auf die durch den behandelnden PD Dr. med. G._____ im Bericht vom 11. September 2025 (act. II 277) beschriebenen myofaszialen Beschwerden. Hierbei handelt es sich nicht um ein klar ausgewiesenes organisches Substrat (vgl. Urteil des BGer 8C_286/2018 vom 7. September 2018 E. 6.2 betreffend Myogelose), so dass sich keine konkreten objektivierbaren Hinweise ergeben, die eine von der versicherungsmedizinisch attestierten Arbeitsfähigkeit abweichende Beurteilung nahelegen würden. Überdies äussert sich PD Dr. med. G._____ ebenfalls nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

3.5 Zusammenfassend stellt der Aktenbericht von dipl. Arzt B._____ vom 3. Juli 2025 (act. II 229) für den hier zu beurteilenden anspruchrelevanten medizinischen Sachverhalt eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage dar. Gestützt darauf ist per Ende August 2025 von einem medizinischen Endzustand (vgl. E. 3.4.1 hiervor) und einer in quantitativer Hinsicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Auf weitere medizinische Abklärungen, namentlich die beantragte medizinische Begutachtung (vgl. Beschwerde), ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261 f., 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4) zu verzichten. Es besteht denn auch kein formeller An-

spruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens (vgl. BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165).

4.

4.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1). Der Bundesrat regelt die Bemessung des IV-Grades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen (Art. 18 Abs. 2 UVG).

4.1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

4.1.2 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.3 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12, 8C_134/2021 E. 3.2).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) abzustellen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 70, 8C_276/2021 E. 4.2).

4.1.4 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalidenein-

kommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung ergibt sich der massgebliche Zeitpunkt aus Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG, wonach der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. E. 2.4 hiavor).

Massgeblicher Zeitpunkt für den potentiellen Rentenbeginn ist der 1. September 2025 (Fallabschluss bzw. Taggeldeinstellung per 31. August 2025; vgl. E. 2.4 und E. 3.4.1 hiavor). Auf diesen Zeitpunkt hin wäre ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Da im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids noch keine entsprechenden statistischen Daten vorlagen, erfolgt eine Festlegung bzw. Indexierung auf das Jahr 2024 (vgl. E. 4.2.1 hiernach).

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Bemessung des Valideneinkommens auf den spezifischen Tabellenlohn der LSE 2022, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst), Männer, im Wirtschaftszweig Ziff. 41 - 43 (Baugewerbe) von Fr. 6'160.--. Dies gibt angesichts der Ausbildung des Beschwerdeführers als ... und seiner langjährigen Berufserfahrung (vgl. act. II 275) sowie der im Zeitpunkt des Unfalls im Juli 2013 bestandenen Anmeldung bei der Kantonalen Arbeitslosenkasse ... bzw. des fehlenden dauerhaften stabilen Arbeitsverhältnisses (vgl. act. II 24 S. 9, 42 S. 2) zu keinen Beanstandungen Anlass; dies wird

vom Beschwerdeführer denn auch nicht gerügt. Gestützt auf diesen Tabellenlohn ermittelte die Beschwerdegegnerin – nach Umrechnung an die wöchentliche Arbeitszeit (vgl. BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], 2024), Aufrechnung auf ein Jahr und Indexierung anhand der Quartalsschätzung des BFS bis ins Jahr 2025 – ein Valideneinkommen von Fr. 79'261.-- (vgl. act. II 244 S. 2 bzw. 305 S. 5). Inwieweit diese Indexierung des Valideneinkommens (einschliesslich des Invalideneinkommens [vgl. dazu E. 4.2.3 hiernach]) zulässig ist (vgl. Urteile des BGer 8C_235/2023 vom 14. November 2023 E. 5.3.2 sowie 8C_659/2022, 8C_707/2022 vom 2. Mai 2023 E. 7.2), kann vorliegend offen bleiben, da sich auch bei einem Abstellen auf die im Zeitpunkt des Entscheiderlasses publizierten Indizes – welche bis und mit 2024 (vgl. E. 4.2 hiervor) mit den von der Beschwerdegegnerin verwendeten Werten übereinstimmen (vgl. BFS, Tabelle T1.1.20, Nominallohnindex, Männer, 2021 - 2024, Ziff. 41 - 43) – kein anderer Rentenanspruch resultiert.

4.2.2 Soweit der Beschwerdeführer die Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit in Frage stellt (vgl. Beschwerde und Eingabe vom 27. Februar 2026, S. 2), kann ihm nicht gefolgt werden. Denn eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist lediglich dann anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein ausgeschlossen erscheint (BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188; SVR 2024 IV Nr. 18 S. 59, 8C_346/2023 E. 2.3). Vorliegend wurde das medizinische Zumutbarkeitsprofil (100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne erhebliche Vibrations- oder Schlagbelastung auf den rechten Ellbogen, ohne dauerhaft gestreckte Ellbogenhaltung oder ständiges Abstützen, ohne erhebliche Stossbelastung, ohne wiederholende Umkehrbewegungen des Vorderarms und ohne Zwangshaltungen des rechten Arms [vgl. act. II 229 S. 4 f.]) nicht derart eingeschränkt formuliert, dass davon ausgegangen werden müsste, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt bestünden keine entsprechenden Tätigkeiten mehr. Vielmehr existiert ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten, so z.B. einfache Kontroll-, Überwachungs-, Sortier- und Verpackungstätig-

keiten sowie leichte Montagearbeiten, die dem Fähigkeitsprofil des Beschwerdeführers ohne Weiteres entsprechen. Zudem bestehen im massgebenden Entscheidzeitpunkt in einer angepassten Tätigkeit eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.5 hiavor) und eine verbleibende Erwerbsdauer von immerhin über sieben Jahren (act. II 107 S. 1 Ziff. 2 und Art. 21 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]). Daran ändert nichts, wenn es für den Beschwerdeführer (subjektiv) schwierig oder gar unmöglich erscheinen sollte, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden (vgl. Urteil des BGer 9C_39/2022 vom 24. März 2022 E. 4.2), denn massgebend ist gemäss Art. 16 ATSG der hypothetische ausgeglichene Arbeitsmarkt. Die Beschwerdegegnerin ging daher zu Recht von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 f. Ziff. III.2).

4.2.3 Zur Ermittlung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf den Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1, Männer, der LSE 2022 von monatlich Fr. 5'305.-- ab. Umgerechnet auf die wöchentliche Arbeitszeit (vgl. BUA, 2024), aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert anhand der Quartalsschätzung des BFS bis ins Jahr 2025 und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 5 % errechnete sie ein Invalideneinkommen von Fr. 65'667.-- (vgl. act. II 244 S. 2 bzw. 305 S. 7). Dies ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer verwertet die von dipl. Arzt B._____ attestierte medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit (vgl. act. II 229 S. 4 f.; vgl. E. 3.5 hiavor) nicht, weshalb praxismässig auf den Totalwert des Durchschnittslohns (vgl. Urteil des BGer 8C_534/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 5.2 mit Hinweisen) im untersten Kompetenzniveau abzustellen ist. Hinsichtlich der Indexierung anhand der Quartalschätzungen des BFS bis ins Jahr 2025 kann auf das in E. 4.2.1 hiavor Gesagte verwiesen werden. Was den gewährten Abzug vom Tabellenlohn von 5 % angeht (act. II 244 S. 2, 305 S. 7), besteht vorliegend kein Anlass hiervon abzuweichen, wurden doch die medizinisch bedingten qualitativen Einschränkungen bereits mit der versicherungsärztlichen Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. mit dem versicherungsärztlich definierten Zumutbarkeitsprofil hinreichend berücksichtigt (act. II 229 S. 4 f.)

und dürfen daher nicht nochmals in die Bemessung mittels eines leidensbedingten Abzugs einfließen, da ansonsten eine unzulässige doppelte Anrechnung desselben Gesichtspunktes resultieren würde (vgl. BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 146 V 16 E. 4.1 S. 20; SVR 2025 IV Nr. 27 S. 105, 9C_760/2023 E. 6.3.2). Soweit einer versicherten Person nur mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, zieht dies zudem auch bei – hier nicht erstellter – eingeschränkter Leistungsfähigkeit nicht automatisch einen zusätzlichen bzw. weitergehenden leidensbedingten Abzug nach sich, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl insbesondere von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des BGer 8C_465/2023, 8C_467/2023 vom 16. September 2024 E. 8.3.1). Schliesslich sind vorliegend auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (Alter [vgl. aber Art. 28 Abs. 4 UVV], Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) nicht zu beachten, da diese zufolge der je lohnstatistisch bestimmten Vergleichseinkommen beidseits zu berücksichtigen wären (vgl. Urteil des BGer 8C_42/2008 vom 19. Januar 2009 E. 5). Damit hat es beim gewährten Abzug vom Tabellenlohn von 5 % sein Bewenden.

4.2.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein IV-Grad von gerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 196, 8C_575/2018 E. 7.1) 17 % ($[(\text{Fr. } 79'261.-- / \text{Fr. } 65'667.--) / \text{Fr. } 79'261.-- \times 100]$). Der Beschwerdeführer hat somit ab dem 1. September 2025 (vgl. E. 4.2 hiavor) Anspruch auf eine Rente bei einem IV-Grad von 17 %. Die von der Beschwerdegegnerin zugesprochene Rente erweist sich demnach als rechtmässig.

5.

Zu prüfen bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

5.1

5.1.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer

Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

5.1.2 Die Integritätsentschädigung soll den immateriellen Schaden (Schmerzen, Leid sowie Beeinträchtigung des Lebensgenusses) ausgleichen, der über die Phase der medizinischen Behandlung hinaus andauert und von dem anzunehmen ist, dass er ein Leben lang bestehen bleibt (BGE 133 V 224 E. 5.1 S. 230; SVR 2023 UV Nr. 45 S. 158, 8C_656/2022 E. 3.2). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet (BGE 124 V 29 E. 1b S. 32). Für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird die Entschädigung nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2 des Anhangs 3; BGE 116 V 156 E. 3a S. 157).

In diesem Zusammenhang hat die Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster; abrufbar unter <www.suva.ch>) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll und sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c S. 32; vgl. Urteil des BGer 8C_106/2021 vom 9. März 2021 E. 3).

5.1.3 Die Bemessung der Integritätsentschädigung richtet sich nach der Schwere des Integritätsschadens. Diese beurteilt sich nach dem medizinischen Befund. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsscha-

den für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen (BGE 150 V 469 E. 3 S. 470, 124 V 29 E. 3c S. 35).

5.2 Die Beschwerdegegnerin gewährte eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 5 % (vgl. act. II 244 S. 4, 305 S. 8 f.). Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung von dipl. Arzt B. _____ vom 3. Juli 2025 (act. II 230). Der Versicherungsmediziner legte gestützt auf die radiologische Bildgebung (vgl. act. II 229 S. 3) und in Übereinstimmung mit den durch die Behandler erhobenen klinisch-funktionellen Befunden nachvollziehbar dar, dass bei Fallabschluss eine unfallkausale verminderte Beweglichkeit des Ellbogengelenks bestand (vgl. act. II 229 S. 4, 230 S. 1). Ausgehend davon und unter Bezugnahme auf die Suva-Tabelle 5.2 (Integritätsschaden bei Arthrosen; vgl. E. 5.1.2 hier-vor), wonach beginnende Ellbogenarthrosen mit 5 - 10 %, mässiggradige Arthrosen im Bereich des Radiusköpfchens mit 5 % und schwere Formen mit 10 % zu bemessen seien, bezifferte er den unfallkausalen Integritätsschaden medizinisch schlüssig auf 5 % (act. II 230 S. 1). In den medizinischen Akten finden sich keine Anhaltspunkte, welche auch nur geringe Zweifel an der versicherungsärztlichen Einschätzung des Integritätsschadens zu wecken vermöchten. Dass der Beschwerdeführer den erlittenen teilweisen Funktionsverlust des rechten Ellbogens als weitaus gravierender wahrnimmt und die zugesprochene Entschädigung als nicht angemessen kritisiert (vgl. Beschwerde), vermag im Rahmen der hier massgebenden abstrakten, egalitären Bemessung des Integritätsschadens anhand des objektiven medizinischen Befundes (vgl. E. 5.1.3 hiervor) ebenfalls kein Abweichen von der versicherungsärztlichen Beurteilung zu begründen. Damit hat es mit der von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 5 % sein Bewenden.

6.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 21. Januar 2026 (act. II 305) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

7.

7.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung 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.