



**Fall-Nr.:** UV 2016/48  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.08.2019  
**Entscheiddatum:** 24.07.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.07.2017**

**Art. 6 Abs. 1 UVG: Die Epicondylitis humeri radialis gilt vorliegend als neue unfallbedingte Schädigung. Der Beweis eines degenerativen Vorzustandes misslingt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers endet mit der Heilung der Epicondylitis humeri radialis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juli 2017, UV 2016/48). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_530/2017.**

Entscheid vom 24. Juli 2017

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin

Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

UV 2016/48

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. oec. Fritz Dahinden, Blumenbergplatz 1, 9000 St. Gallen,

gegen

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)**, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

## Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war durch seine Tätigkeit als Geschäftsführer und Bodenleger der Firma B.\_\_\_\_ bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 12. Dezember 2014 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Unfall. Der Versicherte habe an selbigem Tag beim Hinuntersteigen einer Treppe einen Fehltritt gemacht und dabei einen Zwick im Rücken verspürt. Die Schmerzen seien so stark gewesen, dass er kaum mehr habe gehen können, worauf ihn sein Vater in die Klinik C.\_\_\_\_ gebracht habe (Suva-act. 1). Der diensthabende Arzt in der Notfallaufnahme hatte eine akute Lumbalgie diagnostiziert. Eine intravenöse Analgesie hatte eine deutliche Besserung der Schmerzen gebracht, so dass der Versicherte unter Abgabe von Medikamenten am Nachmittag nach Hause hatte entlassen werden können (Suva-act. 30). Noch am gleichen Abend wurde der Versicherte erneut wegen starker Rückenschmerzen in der Notfallaufnahme der Klinik C.\_\_\_\_ vorstellig. Wegen Magenkrämpfen und Erbrechen hatte er die Medikamente nicht mehr eingenommen. Nachdem die Laboruntersuchungen bis auf eine Ketonurie bzw. auf einen erhöhten Kreatininwert unauffällig gewesen waren, wurden die Beschwerden des Versicherten weiterhin als Lumbago gewertet. Unter einer teilweise neuen analgetischen Therapie



gingen die Schmerzen deutlich zurück und der Versicherte konnte selbigen Abends wieder nach Hause entlassen werden (Suva-act. 9-4 f.). Stärkste Schmerzen im Bereich der rechten Flanke und des Unterbauchs sowie Übelkeit machten am 13. Dezember 2014 erneut eine Konsultation in der Notfallaufnahme der Klinik C.\_\_\_\_ erforderlich. Eine CT-Untersuchung des Abdomens in der Radiologie der Klinik C.\_\_\_\_ zeigte einen partiellen Niereninfarkt rechts bei Nierenarterien-dissektion bei einer doppelten Nierenarterie rechts, worauf der Versicherte gleichentags in die Klinik für Nephrologie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) verlegt wurde (Suva-act. 9-1 ff.), wo er bis 19. Dezember 2014 hospitalisiert war (Suva-act. 13).

A.b Anlässlich eines Telefongesprächs vom 9. Januar 2015 erzählte der Versicherte der Suva, er sei am 12. Dezember 2014 während der Arbeit ausgerutscht (ca. 3 Stufen hinunter). Er habe einen Sturz vermeiden können, weil er vorwärts an der Wand aufgeprallt sei (Suva-act. 10).

A.c Am 18. Februar 2015 wurde der Versicherte von der Suva zum Hergang des Ereignisses vom 12. Dezember 2014 und zum Heilverlauf der Nierenproblematik befragt. Der Versicherte äusserte ausserdem, während des Spitalaufenthalts zunehmend belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens verspürt zu haben. Diesbezüglich werde er noch heute durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädie E.\_\_\_\_, abgeklärt (Suva-act. 19). Am 4. März 2015 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ hinsichtlich der Ellbogenproblematik. Er habe den Versicherten am 18. Februar 2015 in seiner Sprechstunde gesehen. Dieser sei am 12. Dezember 2014 bei der Arbeit auf einer Treppe gestürzt und mit der Schulter und vor allem mit dem Ellbogen an eine Wand geprallt. Als Diagnose hielt Dr. D.\_\_\_\_ eine posttraumatische Epikondylitis humeri radialis fest (Suva-act. 27). Zur Behandlung derselben hatte er dem Versicherten eine Physiotherapie verordnet (Suva-act. 54).

A.d Am 17. März 2015 nahm die Kreisärztin der Suva, med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH, in einer ärztlichen Beurteilung zur Unfallkausalität der gesundheitlichen Störungen bei der Niere und am Ellbogen Stellung (Suva-act. 32). Gestützt auf die kreisärztlichen Ausführungen eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 18. März 2015, dass die Nierenbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 12. Dezember 2014 zurückzuführen seien. Die Suva sei demzufolge



## St.Galler Gerichte

hinsichtlich der Nierenproblematik nicht leistungspflichtig. Für die seit 12. Dezember 2014 andauernden Ellbogenbeschwerden könnten hingegen die vollumfänglichen Versicherungsleistungen entrichtet werden (Suva-act. 33).

A.e Am 30. März 2015 konsultierte der Versicherte wegen zunehmender Ellbogenschmerzen, vor allem beim Kraftanwenden, Dr. D.\_\_\_\_, der eine Verlängerung der Physiotherapie vorschlug und dem Versicherten vom 12. Dezember 2014 bis 31. März 2015 eine 100%-ige und vom 1. April 2015 bis zur nächsten Konsultation vom 24. April 2015 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Suva-act. 45, 57, vgl. auch Suva-act. 49). Anlässlich der Konsultation vom 24. April 2015 berichtete der Versicherte über stärker gewordene Beschwerden. Dr. D.\_\_\_\_ erhob als Befunde eine deutliche Druckdolenz über dem Epikondylus humeri radialis, diffus auch auf die Extensorenursprungsregion und den Trizepsansatz übergreifend, sowie ein positives Schmerzphänomen beim Anspannen der Extensoren. Im Untersuchungsbericht vom 29. April 2015 bezeichnete er die Situation als derart verstärkt, dass weitere Massnahmen nötig seien. Davor seien aber noch eine MRI-Abklärung sowie eine Besprechung der Situation mit ihrer Handchirurgin, Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Fachärztin für Handchirurgie, Orthopädie E.\_\_\_\_, angezeigt. Den Arbeitsfähigkeitsgrad des Versicherten reduzierte Dr. D.\_\_\_\_ ab 1. April 2015 wieder auf 20% (Suva-act. 58, 63, vgl. auch Suva-act. 60).

A.f Die MRI-Untersuchung des rechten Ellbogens war am 28. April 2015 in der Radiologie H.\_\_\_\_ durchgeführt worden und hatte eine mässige Epikondylitis humeri radialis, jedoch keine traumaassoziierte Fraktur oder Bone bruise respektive Chondropathie, gezeigt (Suva-act. 62).

A.g Am 5. Mai 2015 folgte die Konsultation bei Dr. G.\_\_\_\_, welche die Diagnosen einer Epikondylitis humeri radialis rechts und eines leichten Supinatorlogen-Syndroms rechts stellte und im Bereich der Hauptschmerzpunkte, d.h. des Epikondylus humeri radialis und der Supinatorloge, eine Infiltration mit Kenacort 40 durchführte (Suva-act. 69). Dr. G.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten vom 5. bis 10. Mai 2015 eine Arbeitsunfähigkeit zu 80% und vom 11. bis 31. Mai 2015 eine solche zu 50% (Suva-act. 64, 69). Am 18. Mai 2015 teilte der Versicherte der Suva mit, dass es mit der 50%-igen Arbeitsfähigkeit



sehr gut klappe. Er besuche noch die Physiotherapie und habe bereits drei Infiltrationen erhalten, die ihm sehr geholfen hätten (Suva-act. 70). Anlässlich einer weiteren Konsultation bei Dr. G.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2015 gab der Versicherte an, dass seine Beschwerden nur noch 5 % der geübten 100% betragen würden. Die Physiotherapie und die Arbeitsfähigkeitsreduktion hätten ihm sehr gut getan. Dr. G.\_\_\_\_ erhob als Befund nur noch eine minime Druckdolenz über dem Epikondylus humeri radialis, erklärte den Behandlungsabschluss per 29. Mai 2015 und attestierte dem Versicherten ab dem folgenden Tag wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 73). Den Versicherten informierte die Suva am 29. Mai 2015 entsprechend (Suva-act. 71). Am 19. Juni 2015 teilte der Versicherte der Suva mit, seit der vollen Arbeitsaufnahme im Mai 2015 wieder eine Zunahme der Ellbogenbeschwerden rechts zu verspüren (Suva-act. 74).

A.h Nachdem die Suva mittlerweile mit Einspracheentscheid vom 1. Juni 2015 die Verfügung vom 18. März 2015 bestätigt hatte (Suva-act. 72), focht der Versicherte die Leistungsablehnung der Suva betreffend die Nierenproblematik mit Beschwerde vom 2. Juli 2015 beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen an (Suva-act. 77).

A.i Am 26. August 2015 konsultierte der Versicherte erneut Dr. G.\_\_\_\_, wobei sich klinisch eine Verdickung und deutliche Druckdolenz über dem Epikondylus humeri radialis zeigte. Dr. G.\_\_\_\_ führte eine weitere Infiltration durch, empfahl Abwarten über die nächsten drei Wochen und bestätigte eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 88). Am 13. November 2015 setzte der Versicherte die Suva telefonisch darüber in Kenntnis, nun wieder vermehrt Beschwerden mit dem Ellbogen zu haben (Suva-act. 94). Am 30. November 2015 wurde er abermals durch Dr. G.\_\_\_\_ untersucht, die ihm eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 23. November 2015 attestierte und mit ihm verschiedene Therapiemöglichkeiten besprach (Suva-act. 105 f.). Am 7. Januar 2016 teilte der Versicherte der Suva telefonisch mit, dass der Heilverlauf nur langsam vorwärts gehe und bei wiederholtem Heben von Lasten von 1 bis 2 kg die Beschwerden rasch zunehmen würden. Dr. G.\_\_\_\_ und die Physiotherapeutin meinten, er dürfe nicht forcieren, ansonsten es wieder zu einer Verschlimmerung kommen könne. Vorderhand sei keine Operation geplant und es bestehe nach wie vor eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 107, vgl. auch Suva-act. 109).



A.j Am 12. Januar 2016 kam Suva-Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, in seiner Beurteilung zum Schluss, dass es sich bei den Beschwerden des Versicherten um Beschwerden infolge einer Prellung des rechten Ellbogengelenks bei Vorzustand einer Enthesiopathie im Sinne einer Epikondylopathia radialis rechts handle. Die vorbestehende Enthesiopathie sei durch die Prellung vorübergehend verschlimmert worden, doch sei der Status quo sine spätestens zum Zeitpunkt der Erstellung des MRT am 28. April 2015 erreicht gewesen. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit betrage seit diesem Datum 0%, die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit 50% (Suva-act. 108).

A.k Mit Verfügung vom 14. Januar 2016 stellte die Suva ihre bis anhin erbrachten Leistungen per sofort mit der Begründung ein, dass die Ellbogenbeschwerden rechts nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankheitsbedingt seien. Auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Versicherungsleistungen ab 28. April 2015 werde entgegenkommenderweise verzichtet (Suva-act. 110).

A.l Am 22. Januar 2016 erfolgte eine klinische Kontrolluntersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_. Im Untersuchungsbericht vom 25. Januar 2016 hielt diese fest, dass aus medizinischer Sicht ein Zusammenhang zwischen der entstandenen Epikondylitis und dem Unfallereignis vom 12. Dezember 2014 mit Prellung des Ellbogengelenks bestehe. Sie bestätigte dem Versicherten vom 1. bis 31. Januar 2016 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 112 f.). Mit Hinweis auf diesen Bericht wurde Dr. I.\_\_\_\_ am 28. Januar 2016 von der Suva um Überprüfung seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2016 gebeten. Dr. I.\_\_\_\_ lehnte am 23. Februar 2016 eine Neubewertung des versicherungsmedizinischen Sachverhalts ab (Suva-act. 114).

B.

B.a Mit Eingabe vom 15. Februar 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. F. Dahinden, St. Gallen, gegen die Verfügung vom 14. Januar 2016 Einsprache (Suva-act. 116) und reichte eine Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2016 ein (Suva-act. 116-2 ff., 116-14).



## St.Galler Gerichte

B.b Am 19. Februar 2016 legte die Suva den Schadenfall nochmals Dr. I.\_\_\_\_ zur Stellungnahme vor (Suva-act. 118). Dessen kreisärztliche Beurteilung datiert vom 9. März 2016 (Suva-act. 119).

B.c Mit Schreiben vom 18. April 2016 teilte Rechtsanwalt Dahinden der Suva mit, dass beim Versicherten seit dem 1. März 2016 ein Arbeitsversuch auf der Basis einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit stattgefunden habe. Der Versuch sei positiv verlaufen, weshalb er nun in ein ordentliches Arbeitspensum habe überführt werden können. Gemäss Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ sei der medizinische Endzustand damit erreicht. Dies gemäss der zuletzt erfolgten Verlaufskontrolle vom 8. April 2016. Zur Diskussion stünden also nur noch Taggeldansprüche bis zum 29. Februar 2016 sowie Heilbehandlungskosten bis zum 8. April 2016 (Suva-act. 121, vgl. auch Suva-act. 122-2 und 128).

B.d Mit Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab, bestätigte die Ablehnung ihrer Leistungspflicht ab Verfügungsdatum vom 14. Januar 2016 sowie den Verzicht auf eine Rückforderung der seit dem 28. April 2015 erbrachten Leistungen (Suva-act. 124).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter am 13. Juli 2016 Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 sei aufzuheben und es sei die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für die Folgen der Ellbogenbeschwerden rechts die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen. Eventuell sei die Streitsache zur Durchführung einer versicherungsexternen medizinischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 14. September 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 24. November 2016 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 9).



## St.Galler Gerichte

C.d Mit Duplik bestätigte auch die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung (act. G 11).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### Erwägungen

1.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 (Suva-act.124). Diesem liegt die Verfügung vom 14. Januar 2016 zu Grunde (Suva-act. 110), mit welcher die Beschwerdegegnerin ihre bezüglich der Ellbogenbeschwerden rechts erbrachten Versicherungsleistungen per Verfügungsdatum einstellte. Strittig ist, ob der Beschwerdeführer über dieses Datum hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat. Aktenkundig ist, dass beim Beschwerdeführer seit 1. März 2016 wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. Suva-act. 128) und die Heilbehandlung am 8. April 2016 abgeschlossen wurde (Suva-act. 128). Zu prüfen ist damit nur noch ein (weiterer) Anspruch des Beschwerdeführers auf Taggeldleistungen vom 15. Januar bis 29. Februar 2016 und auf Heilkostenvergütungen vom 15. Januar bis 8. April 2016.

2.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

3.



3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer sodann bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen).

3.2 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs.1 UVG werden Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Taggelder und Hilfslosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des



Kausalitätsprinzip für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich 2015, N 46 ff. zu Art. 43 ATSG). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3).

3.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b). Auch eine



ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. I.\_\_\_\_ erstellt wurde (vgl. Suva-act. 119), ist nicht an sich unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte oder die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu. Auch ihre Beurteilungen sind jedoch nach den vorgenannten allgemeinen Grundsätzen der Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit, Widerspruchsfreiheit sowie des Fehlens von Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der spezialärztlichen Beurteilung sprechen, zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C\_510/2007, E. 7.5.4; BGE 135 469 E. 4.4, 122 V 162 f. E. 1d; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 ff.). Die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, steht in denjenigen Fällen nicht im Vordergrund, in denen ein Arzt oder eine Ärztin einen Patienten oder eine Patientin nicht als Hausarzt oder Hausärztin, sondern als Facharzt bzw. Fachärztin behandelte. Im Übrigen sind in jeder ärztlichen Konstellation Anhaltspunkte zu beachten, die die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (vgl. BGE 135 V 470 E. 4.5 f.; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2013, 4A\_172/2013, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen, vom 12. Februar 2010, 8C\_907/2009, E. 1.1, und vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2).

4.

4.1 Mit Schadenmeldung vom 12. Dezember 2014 liess der Beschwerdeführer durch seine Arbeitgeberin einen Unfall vom 12. Dezember 2014 melden, dem zunächst die Heilbehandlung eines Niereninfarkts rechts bei Nierenarteriendissektion folgte (Suva-act. 9, 13, 18, 41, 46). Am 18. Februar 2015 sprach der Beschwerdeführer bei einer



Besprechung mit der Beschwerdegegnerin über Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens (Suva-act. 19). Eine diesbezügliche Heilbehandlung begann an selbigem Tag (Suva-act. 27). Mit Verfügung vom 18. März 2015 (Suva-act. 33) verneinte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht hinsichtlich der Nierenproblematik mangels kausalem Zusammenhang zum Unfall vom 12. Dezember 2014, anerkannte hingegen mit gleicher Verfügung ihre Leistungspflicht für die Ellbogenbeschwerden und bestätigte diese mit Einspracheentscheid vom 1. Juni 2015 (Suva-act. 72). Mit Verfügung vom 14. Januar 2016 stellte sie ihre Leistungen per Datum des Verfügungserlasses ein (Suva-act. 110) und bestätigte die Leistungseinstellung wiederum mit dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 (Suva-act. 124). Im vorliegenden Fall steht damit ein anspruchsaufhebender Sachverhalt zur Diskussion, für welchen die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt, d.h. dass diese die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat (vgl. dazu BGE 138 V 222 E. 6 und BGE 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C\_540/2007, E. 4.3.2; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.).

4.2 Der Umstand, dass die Leistungseinstellung von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 14. September 2016 anders als zuvor damit begründet wird, in Bezug auf den rechten Ellbogen des Beschwerdeführers sei eigentlich gar kein Unfallgeschehen im Sinne von Art. 4 ATSG mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, (act. G 3, Ziff. 5.2) und sie damit aussagt, es habe eigentlich zu keiner Zeit ein Unfallgeschehen in Bezug auf den rechten Ellbogen stattgefunden und damit auch nie eine Leistungspflicht bestanden, ändert an obgenannter Beweislastverteilung nichts. Im vorliegenden Verfahren ist - wie erwähnt - die Frage der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung zu prüfen. Gemäss BGE 130 V 380 hat der Unfallversicherer - wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt und getätigt - bei Leistungseinstellungen die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlungen und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision (vgl. dazu Art. 53 ATSG) einzustellen, da eine solche Leistungseinstellung kein Zurückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen bedeutet.

5.



5.1 Bei der materiell-rechtlichen Beurteilung einer über das Datum der Leistungseinstellung hinausgehenden Leistungspflicht bildet die Frage, ob beim Treppenunfall vom 12. Dezember 2014 überhaupt eine Einwirkung auf den rechten Ellbogen des Beschwerdeführers stattgefunden hat, zweifellos einen massgebenden Ausgangspunkt. Entsprechend äusserte sich auch Dr. I.\_\_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 9. März 2016 zu dieser Sachverhaltsfrage (vgl. Suva-act. 119-4 ff.). Von Bedeutung sind dabei der Unfallmechanismus bzw. die Art und Weise der Einwirkung auf den rechten Ellbogen (vgl. Erwägungen 5.2 und 5.3.1), die rechtzeitig gestellte Unfalldiagnose (siehe dazu Erwägungen 5.5.3 und 6) und der zeitliche Ablauf (vgl. Erwägung 5.3.2). Dies in dem Sinne, als es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann, eine erlittene Verletzung im Regelfall zu Schmerzen führt und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen sowie im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben wird. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. 275 S. 191 E. 1c).

5.2 Laut Schadenmeldung UVG vom 12. Dezember 2014 hatte der Beschwerdeführer gleichentags beim Hinuntergehen einer Treppe einen Fehltritt gemacht und dabei einen Zwick im Rücken verspürt (Suva-act. 1). Am 13. Dezember 2014 wurde von den Ärzten der Klinik für Nephrologie des KSSG ein akuter Niereninfarkt rechts bei Nierenarteriendissektion diagnostiziert (Suva-act. 13, vgl. auch Suva-act. 9). Anlässlich eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 9. Januar 2015 erklärte der Beschwerdeführer, während der Arbeit ausgerutscht zu sein (ca. 3 Stufen hinunter). Er habe einen Sturz vermeiden können, weil er an der Wand vorwärts aufgeprallt sei (Suva-act. 10). Erstmals am 18. Februar 2015, d.h. rund zwei Monate nach dem Unfall, bei einer Besprechung mit der Beschwerdegegnerin, schilderte der Beschwerdeführer einen auf eine Beteiligung des rechten Ellbogens zugeschnittenen Unfallmechanismus. Er sei während der Arbeit eine Treppe hinuntergegangen und dabei aus unerklärlichen Gründen irgendwie ins Straucheln geraten, wodurch die Gefahr entstanden sei, 2-3 Treppenstufen hinunterzustürzen. Er habe einen Sturz gerade noch verhindern können, indem er sich unterhalb der Treppe an einer Wand seitlich abgefangen habe. Er sei



dabei mit angelegtem rechten Arm seitlich gegen die Wand geprallt (= Körper nach links abgedreht und mit rechtem Arm und rechter Flanke gegen die Wand). Anlässlich der vorgenannten Besprechung erzählte der Beschwerdeführer auch das erste Mal von Ellbogenbeschwerden. Im Rahmen der Spitalbehandlung seien an seinem rechten Arm - im Bereich des Ellbogens - diverse Nadelstiche gesetzt worden, meist um Blutentnahmen durchzuführen. Im Laufe der Zeit habe er dann belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens gespürt. Die Beschwerden am rechten Ellbogen seien nach wie vor vorhanden, wenn sie sich auch etwas gebessert hätten (Suva-act. 19). Am 18. Februar 2015 erfolgte zudem eine erste ärztliche Untersuchung bzw. Behandlung des rechten Ellbogens durch Dr. D.\_\_\_\_. Laut Anamnese des entsprechenden Untersuchungsberichts vom 4. März 2015 war der Beschwerdeführer bei der Arbeit auf der Treppe gestürzt und mit der rechten Schulter und vor allem mit dem rechten Ellbogen an eine Wand geprallt. Er habe Schmerzen im Oberarm gespürt (Suva-act. 27). In der Einspracheergänzung vom 30. April 2015 (Suva-act. 66) zur Anfechtung der leistungsablehnenden Verfügung betreffend Nierenproblematik vom 18. März 2015 (Suva-act. 33) beschrieb der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ausserdem einen Mauerknick unterhalb der Treppe, an dem der Beschwerdeführer aufgeprallt sei. Der Aufprall sei rechtsseitig erfolgt (Suva-act. 66). Ein erhebliches Anpralltrauma an einem (scharfen) Mauerknick führte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auch in der Beschwerdeeingabe vom 13. Juli 2016 (act. G 1) und der Replik vom 24. November 2016 (act. G 9) an.

### 5.3

5.3.1 Die vorgenannten Unfallschilderungen verändern sich zwar von einem blossen Fehltritt beim Hinuntergehen einer Treppe über einen Aufprall vorwärts in eine Wand zu einem rechtsseitigen, offenbar die rechte Schulter, den rechten Ellbogen und die rechte Flanke tangierenden Anprall an einem Mauerknick. Kommt man jedoch auf einer Treppe ins Straucheln, erscheint insgesamt ein Unfallmechanismus mit Anpralltrauma des rechten Ellbogens, sei es rechtsseitig an der Treppenwand oder erst an dem von der Treppe entfernt liegenden Mauerknick (vgl. Suva-act. 68-6 f.), plausibel. Die Schadenmeldung UVG vom 12. Dezember 2014 wurde von der Arbeitgeberin bzw. vom Vater des Beschwerdeführers ausgefüllt (Suva-act. 1). Eine eigene Sachverhaltsdarstellung gab der Beschwerdeführer erstmals am 9. Januar 2015 ab,



wobei er zumindest einen Anprall - wohl seines Körpers - erwähnte. Seiner Formulierung "an der Wand vorwärts" ist dabei nicht zu viel Gewicht beizumessen, zumal vorne keine Wand, sondern der Mauerknick stand, und damit ohne weiteres die Richtung der Schwerkraftwirkung (der Beschwerdeführer strauchelte beim Hinuntergehen einer Treppe) gemeint sein konnte.

5.3.2 Die rund zweimonatige Latenzzeit bis zur erstmaligen Erwähnung von Ellbogenbeschwerden und einer ausdrücklichen Ellbogentangierung gilt es ebenfalls zu relativieren. Der Beschwerdeführer litt - unabhängig davon, ob es sich bei den Ellbogenbeschwerden um eine Unfallfolge handelte oder nicht - zeitgleich mit dem Unfall vom 12. Dezember 2014 akut unter einer schwerwiegenden, d.h. gefährlichen und schmerzhaften, Gesundheitsstörung an der Niere, weswegen er hospitalisiert und operativ behandelt werden musste. Dass bei einem Nierenschaden dieser Art eine gesundheitliche Störung am Ellbogen ohne strukturelle Verletzung nicht im Vordergrund steht bzw. ihr keine Beachtung geschenkt wird, ist nachvollziehbar. Zudem ist davon auszugehen, dass die eingenommenen Schmerzmittel verhindert haben, dass er die Verletzung am Ellbogen überhaupt verspürte. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer am 18. Februar 2015 angegeben, nach der Spitalbehandlung im Laufe der Zeit belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens gespürt zu haben. Nach dem Spitalaustritt bis zum Besprechungstermin mit der Beschwerdegegnerin verging nur ein Monat. Der Beschwerdeführer hatte zudem für den Tag der Besprechung bereits einen Sprechstundentermin bei Dr. D.\_\_\_\_ vereinbart (Suva-act. 19). Angesichts des dargelegten Sachverhalts darf insgesamt von einem zusammenhängenden, zumindest nicht gegen einen Unfall mit Tangierung des rechten Ellbogens sprechenden zeitlichen Ablauf ausgegangen werden.

5.3.3 Wie von Dr. I.\_\_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 9. März 2016 zutreffend festgestellt, sind im Austrittsbericht der Klinik für Nephrologie des KSSG vom 22. Dezember 2014 neben den Hauptdiagnosen akuter Niereninfarkt rechts am 12. Dezember 2014 bei Nierenarteriendissektion und Niereninsuffizienz einige Nebendiagnosen - sporadischer Herpes Zoster, Hypercholesterinämie, Katarakt links - aufgeführt (Suva-act. 13). Die kreisärztliche Schlussfolgerung, die Nebendiagnosen würden darauf schliessen lassen, dass der Beschwerdeführer umfassend und ganzheitlich untersucht und beurteilt worden sei und nicht nur die internistische



Problematik mit Niereninfarkt im Vordergrund gestanden habe, kann hingegen vom Gericht nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden. Die Nebendiagnosen sind sehr ausgewählt und zumindest der Herpes Zoster sowie die Hypercholesterinämie lassen darauf schliessen, dass sich die Abklärungen und Behandlungen in der Klinik für Nephrologie des KSSG auf Erkrankungen der Inneren Medizin fokussierten (vgl. dazu [https://de.wikipedia.org/wiki/Innere\\_Medizin](https://de.wikipedia.org/wiki/Innere_Medizin), abgerufen am 7. Juli 2017). Jedenfalls lässt sich aus den Nebendiagnosen in keiner Weise der Schluss ziehen, dass der Bewegungsapparat des Beschwerdeführers bzw. die Extremitäten Inhalt der Untersuchungen gewesen wären, was bei einer Hospitalisation in der Klinik für Nephrologie auch nicht zu erwarten war. Zu erwähnen bleibt, dass der Beschwerdeführer nicht behauptet, Ellbogenbeschwerden in der Notfallaufnahme der Klinik C.\_\_\_\_ oder während der Hospitalisation in der Klinik für Nephrologie des KSSG erwähnt zu haben, diese jedoch nicht dokumentiert worden seien (vgl. dazu Suva-act. 119-4).

### 5.4

5.4.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass entgegen den Überlegungen der Beschwerdegegnerin und von Dr. I.\_\_\_\_ nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, der rechte Ellbogen des Beschwerdeführers sei vom Unfall vom 12. Dezember 2014 nicht betroffen gewesen. Das Fehlen einer echtzeitlichen Dokumentation von Ellbogenbeschwerden rechts lässt zumindest keine überzeugenden Zweifel an einem solchen Geschehen aufkommen.

5.4.2 Der Einwand der Beschwerdegegnerin, klinisch hätten echtzeitlich keinerlei Anzeichen einer äusseren Einwirkung auf den rechten Ellbogen - wie Prellmarken, Schwellungen, Blutergüsse, Schürfwunden, Ödeme - objektiviert werden können (act. G 3 Ziff. 5.2, act. G 11 Ziff. 1), vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Bei einer schmerzhaften Weichteil- bzw. Kontusionsverletzung, die nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, sind die Unfallfolgen nicht immer sichtbar. So beschrieb Dr. D.\_\_\_\_ den rechten Ellbogen mit Bericht vom 4. März 2015 äusserlich unauffällig ohne sichtbare Schwellung, leitete jedoch aus den weiteren Befunden (Druckdolenz über dem Epikondylus lateralis und über dem Extensorenursprung, Anspannen der Extensoren gegen Widerstand deutlich schmerzhaft) die Diagnose einer



posttraumatischen Epicondylitis humeri radialis ab (Suva-act. 27). Med. pract. F.\_\_\_\_ bezeichnete diese in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 17. März 2015 basierend auf der Schilderung des Beschwerdeführers eines Anpralltraumas und im Wissen, dass initial keine Behandlung erfolgt und in den echtzeitlichen medizinischen Akten auch keine Hämatome, Schwellungen etc. beschrieben worden waren, als unfallkausal. Sie betrachtete die Beschwerdegegnerin für die Behandlung der Epicondylitis humeri radialis im damaligen Zeitpunkt als leistungspflichtig, ohne die Stärke der Prellung weiter zu besprechen. Ebenso bejahte Dr. G.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 25. Januar 2016 eine Unfallkausalität zwischen der Epicondylitis humeri radialis und dem Unfallereignis vom 12. Dezember 2014 mit Prellungen des Ellbogengelenks (Suva-act. 113).

6.

Die Verfahrensparteien sind sich darin uneinig, ob es sich bei der Epicondylitis humeri radialis um einen neuen unfallbedingten Schaden handelt oder ob die Epicondylitis humeri radialis im Zeitpunkt des Unfalls vom 12. Dezember 2014 bereits als Vorschädigung bestanden hat.

6.1 Am 28. April 2015 wurde in der H.\_\_\_\_ eine radiologische Untersuchung des rechten Ellbogens des Beschwerdeführers durchgeführt, wobei sich die Epicondylitis humeri radialis mit Reizzustand der myxoid imponierenden gemeinsamen Extensorensehnenaponeurose bestätigte (Suva-act. 62). Unter den Ärzten ist unbestritten, dass die Epicondylitis humeri radialis als Ursache der vom Beschwerdeführer geklagten Ellbogenbeschwerden zu betrachten ist. Auch von der Beschwerdegegnerin wird nichts anderes vorgebracht.

6.2 Bei der Epicondylitis humeri radialis handelt es sich laut medizinischer Literatur um einen Entzündungszustand im Bereich der Sehnenansätze der Hand- und Fingerstreckmuskulatur am Epicondylus radialis (lateralis), dessen Natur nicht ganz geklärt ist (vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 740 f.; LEITLINIE DER ORTHOPÄDIE, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 35; PSCHYREMBEL, Klinisches



Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 612; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 541). Grundsätzlich ist es jedoch medizinisch möglich, dass ein Unfallereignis, insbesondere eine Kontusion, eine posttraumatische Epicondylitis auslösen kann (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juli 2011, UV 2010/80; Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft vom 19. Juli 2012, 725 12 28/194, E. 6.2; [http://flexikon.doccheck.com/de/Epicondylitis\\_humeri\\_lateralis](http://flexikon.doccheck.com/de/Epicondylitis_humeri_lateralis); <http://tennisarm.ch/index.htm?/unfall.htm>; <http://www.symptomeundbehandlung.com/schmerzen-im-ellenbogen/tennisarm-tennis-ellenbogen-epicondylitis/>, alle abgerufen am 7. Juli 2017).

6.3 Ist es durch den Unfall zu keinen neuen unfallbedingten Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt nach der Rechtsprechung vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine wieder erreicht werden könnten (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). In Bezug auf die Epicondylitis humeri radialis des Beschwerdeführers steht bereits fest, dass eine richtunggebende Verschlimmerung nicht in Betracht kommt, nachdem per 8. April 2016 der medizinische Endzustand erreicht werden konnte (vgl. Suva-act. 128, 146). Die lediglich vorübergehende unfallbedingte Verschlimmerung eines Vorzustandes basiert auf dem Wissen, dass es im Unfallversicherungsrecht Fälle gibt, bei denen die Unfallfolgen bzw. deren Anteil an einer Gesundheitsschädigung im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nicht immer konkret beschrieben werden können. Dennoch wird bei einem geeigneten bzw. adäquaten Ereignis in einer ersten Phase von einer schädigenden Wirkung des Ereignisses (Unfall) auf den Körper ausgegangen, die in der Folge aufgetretenen bzw. ausgelösten Beschwerden werden nach einem bestimmten Zeitraum - trotz ihres möglichen Fortdauerns - aufgrund einer medizinischen Erfahrungstatsache aber nicht mehr dem Unfall angelastet. Die Unfallversicherung übernimmt in diesen Fällen nur den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, d.h. sie hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante Leistungen für die unmittelbar im Zusammenhang stehenden Beeinträchtigungen zu erbringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, vom 9. Januar 2012, 8C\_601/2011, E. 3.2, und vom 24. Juni 2008, 8C\_326/2008, E. 3.2



und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 55 f.).

6.4 Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 14. Januar 2016 (Suva-act. 110) bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid (Suva-act. 124) in Bezug auf die Epicondylitis humeri radialis des Beschwerdeführers von einer vorbestandenen Gesundheitsschädigung aus und nahm per 28. April 2015 (Zeitpunkt der Erstellung des MRT; Suva-act. 62) einen Status quo sine an. Dabei stützte sie sich auf die ärztliche Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ vom 9. März 2016 (Suva-act. 119). Die tatsächliche Leistungseinstellung erfolgte jedoch "entgegenkommenderweise" erst per Verfügungsdatum vom 14. Januar 2016 (Suva-act. 110). Im Sinne der Erwägung 6.3 argumentierte Dr. I.\_\_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung, dass die vom Beschwerdeführer angegebene Beschwerdesymptomatik des rechten Ellbogengelenks mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine vorübergehende Verschlimmerung eines unfallunabhängig vorbestehenden Verschleisszustandes der Strecksehnenaponeurose im Sinne einer Epikondylopathie humero radialis rechts durch Prellung zurückzuführen sei, die Epikondylopathie humero radialis rechts also nicht einem am 12. Dezember 2014 erlittenen Prelltrauma entstamme.

6.5 Für die Abgrenzung Vorzustand bzw. neue unfallbedingte Schädigung stellt der Vergleich radiologischer Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall eine bedeutende Beweisgrundlage dar. Im konkreten Fall liegen keine prätraumatischen radiologischen Untersuchungsergebnisse des rechten Ellbogens des Beschwerdeführers vor, welche einen eindeutigen Beweis für das Vorliegen eines Vorzustandes liefern könnten. Das Vorhandensein eines solchen erklärte Dr. I.\_\_\_\_ (nur) mit dem MRT-Untersuchungsergebnis vom 28. April 2015, worin die Radiologin der H.\_\_\_\_, Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie FMH, die bildgebenden Befunde des rechten Ellbogens mit typischen Zeichen einer verschleissbedingten Veränderung der Strecksehnenaponeurose, einem verschleissbedingten entzündlichen Reizzustand des Ligamentum collaterale radii, der Plica und des vor dem Olecranon gelegenen Schleimbeutelgewebes beschrieb. Wortwörtlich formulierte Dr. J.\_\_\_\_: " [...] als mögliches Korrelat einer abgelaufenen aktuell nicht floriden entzündlich veränderten Bursitis olecrani bei diskreten Insertionstendinosen der Sehne des Musculus trizeps bachi. Minimale Insertionstendinose, auch der Sehne des Musculus biceps brachii."



Die Radiologin interpretierte demnach die sich darstellenden Echoalterationen als morphologischen Ausdruck einer reaktiven Entzündung mit verschleissbedingten Veränderungen des Ellbogengelenks. Von einer traumatisch bedingten strukturellen Veränderung könne genauso wenig die Rede sein wie von einer traumatisch bedingten Rissbildung oder anderweitigen unfallspezifischen Folgen (Suva-act. 119).

6.6 Die Überzeugung von Dr. I.\_\_\_\_, die Radiologin interpretiere die sich darstellenden Echoalterationen als morphologischen Ausdruck einer reaktiven Entzündung mit verschleissbedingten Veränderungen des Ellbogengelenks ist in den Ausführungen des MRT-Untersuchungsberichts nicht erkennbar. Insbesondere die Formulierung "verschleissbedingte Veränderung" als eindeutige Beschreibung eines degenerativen Zustandes ist im Untersuchungsbericht von Dr. J.\_\_\_\_ nicht explizit zu lesen. Der Befund der mässigen Epicondylitis humeri radialis mit Reizzustand der myxoid imponierenden gemeinsamen Extensorenaponeurose und Reizzustand des Ligamentum collaterale radii und der angrenzenden Plica wurde von ihr im MRT-Untersuchungsbericht neutral, d.h. ohne Zusatz eines Hinweises auf eine degenerative oder traumatische Genese, angeführt. Auch wenn ein Reizzustand in der Regel einen krankheitsbedingten bzw. degenerativ bedingten Zustand darstellt, kann eine Epicondylitis humeri radialis - wie gesagt - grundsätzlich die Folge eines Prelltraumas sein (vgl. Erwägung 6.2). Aus dem genannten Befund kann mithin nicht nur der Schluss einer Degeneration gezogen werden. Was die weiter genannten Insertionstendinosen angeht, betreffen diese die Sehnen des Musculus triceps brachii und des Musculus biceps brachii und damit der Muskeln des Oberarms, während am Epicondylus humeri radialis die Unterarmextensoren entspringen. Zwar könnte eine umfassendere Entzündungsproblematik im Bereich eines Körperteils auf einen krankhaften bzw. degenerativen Zustand hinweisen. Mit ihrer Formulierung "als mögliches Korrelat einer abgelaufenen aktuell nicht floride entzündlich veränderten Bursitis olecrani" bringt jedoch Dr. J.\_\_\_\_ nur eine Vermutung zum Ausdruck, welche den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen vermag (vgl. LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N. 58 f.).

6.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass anhand der ärztlichen Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ nicht nachvollzogen werden kann, inwiefern in den Befunden des MRT-



Untersuchungsberichts ein Beweis für eine degenerativ bedingte Epicondylitis humeri radialis bzw. einen Vorzustand im rechten Ellbogen in Form einer Epicondylitis humeri radialis im Zeitpunkt des Unfalls vom 12. Dezember 2014 zu sehen ist. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass das Ellbogengelenk bei der MRT-Untersuchung insbesondere keine traumaassoziierte Fraktur/Bone bruise respektive Chondropathie zeigte (Suva-act. 62). Eine Epicondylitis humeri radialis kann sich offenbar aus einem blossen Kontusionstrauma heraus entwickeln und bedarf keiner strukturellen Ursprungsverletzung (vgl. Erwägung 6.2). Gegen den Beweis eines überwiegend wahrscheinlichen degenerativen Vorzustandes spricht auch die - wenn auch nicht begründete, so doch uneingeschränkte - Verneinung eines Vorzustandes und/oder einer degenerativen Erkrankung am Ellbogen durch Dr. G.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 25. Januar 2016 und weiter ihre Bejahung der Unfallkausalität der noch bestehenden Restbeschwerden im damaligen Zeitpunkt (Suva-act. 116). Dr. G.\_\_\_\_ gab ihre Antworten offensichtlich in Kenntnis des MRT-Untersuchungsergebnisses ab (Suva-act. 69). Es ist kaum anzunehmen, dass sie als Fachärztin einen Vorzustand ohne Weiterungen verneint hätte, wäre dem MRT-Untersuchungsbericht ein solcher eindeutig zu entnehmen gewesen. Die Beweiswertigkeit der Feststellung von Dr. I.\_\_\_\_ in seiner ärztlichen Beurteilung, die beim Beschwerdeführer am 28. April 2015 radiologisch erhobene Epicondylitis humeri radialis habe bereits vorbestanden, ist angesichts des Gesagten in Frage gestellt bzw. ein Vorzustand nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

7.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob bei dieser Sachlage im Zeitpunkt der MRT-Untersuchung vom 28. April 2015 oder der Leistungseinstellung per Datum des Verfügungserlasses (14. Januar 2016) vom Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen der fortdauernden Ellbogenbeschwerden auszugehen ist.

7.1 Von einer Heilung der unfallbedingten Ellbogenbeschwerden ist auszugehen, wenn sich die unfallkausalen Befunde gänzlich zurückgebildet haben (vgl. dazu Erwägung 3.2). Dr. I.\_\_\_\_ geht in seiner ärztlichen Beurteilung vom 9. März 2016 von einer dreimonatigen Heilungsdauer aus (vgl. Suva-act. 119-6), was ihn im konkreten Fall von einer Heilung der Kontusionsfolgen spätestens im Zeitpunkt der MRT-Untersuchung



ausgehen liess. Mit Blick auf die Erwägung 6.3 ist jedoch - wie vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Replik vom 24. November 2016 (act. G 9 Ziff. 6) zutreffend dargelegt - nur in dem von Dr. I. \_\_\_ angenommenen Fall einer leichten Prellung mit vorübergehender Verschlimmerung eines vorbestehenden, überlastungsbedingten Verschleisszustandes der Strecksehnenansätze die Annahme eines Status quo sine vel ante allgemein und konkret per Datum der MRT-Untersuchung möglich (vgl. dazu medizinische Erfahrungsmedizin gemäss DEBRUNNER, a.a.O., S. 412). Stellt hingegen die Epicondylitis humeri radialis keinen überwiegend wahrscheinlichen Vorzustand, sondern für sich eine Unfallfolge dar, kann nicht gesagt werden, es würden nur noch die Auswirkungen des vorbestandenen Grundleidens wirksam sein und die Unfallfolgen seien vollständig abgeklungen. Im Zeitpunkt der MRT-Untersuchung konnte im Ellbogen des Beschwerdeführers noch eine Epicondylitis humeri radialis ausgemacht werden, womit eine Heilung der Unfallfolgen zu diesem Zeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausser Betracht fällt.

7.2 Erst mit der Heilung der Epicondylitis humeri radialis kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein Dahinfallen der Unfallfolgen angenommen werden. Die Tatsache, dass in der medizinischen Literatur als Ursache einer krankheits- bzw. degenerativ bedingten Epicondylitis humeri radialis eine lokale, funktionelle Überlastung beschrieben wird, lässt annehmen, dass eine Überlastung auch die Heilung einer Epicondylitis humeri radialis verhindern bzw. erschweren kann. Die Heilung einer Epicondylitis humeri radialis wird in der medizinischen Literatur ausserdem als langwierig beschrieben (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 740; LEITLINIE DER ORTHOPÄDIE, a.a.O., S. 35; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 612; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 541). Der Beschwerdeführer ist Geschäftsführer der Firma B. \_\_\_. Da es sich dabei jedoch um ein kleines Unternehmen handelt, muss er auch handwerklich mitarbeiten. Der Beschwerdeführer verrichtet angeblich zu 10% Bürotätigkeiten (Aquisition, Auftragsentgegennahme usw.). Ca. 90% übt er auf den Baustellen eigentliche Bodenlegerarbeiten wie Abbrucharbeiten, Transport von Arbeitsmaterial, Tragen von Bodenbelägen, Bearbeiten und Schneiden derselben sowie eigentliches Verlegen von Böden, aus (Suva-act. 19). Nach einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit hatte der Beschwerdeführer seine Tätigkeit ab dem 1. April 2015 wieder zu 50% aufgenommen (Suva-act. 45, 49, 57). Durch die berufsbedingte Mehrbelastung des



rechten Arms nahmen die Schmerzen wieder zu und der Beschwerdeführer reduzierte das Pensum, ärztlich bestätigt, auf 20%. Ausserdem wurde beim Beschwerdeführer eine Infiltration mit Kenacort 40 durchgeführt (Suva-act. 60, 63, 64, 69). Ab dem 11. Mai 2015 attestierte ihm Dr. G.\_\_\_\_ wieder eine 50%-ige und damit immer noch massgebend reduzierte Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 64, 69). Mit dieser fand sich der Beschwerdeführer gut zurecht (Suva-act. 70). Anlässlich der Untersuchung vom 29. Mai 2015 gab der Beschwerdeführer Dr. G.\_\_\_\_ an, dass ihm die Arbeitsfähigkeitsreduktion gut getan habe. Die klinischen Befunde zeigten sich zudem als befriedigend, worauf Dr. G.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer ab 30. Mai 2015 wieder von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit ausging (Suva-act. 73). Erneut trat eine Zunahme der Ellbogenbeschwerden auf (Suva-act. 74). Die nächste Untersuchung bei Dr. G.\_\_\_\_ datiert vom 30. November 2015, anlässlich welcher der Beschwerdeführer angab, dass die Infiltration nur kurzfristig eine Besserung gebracht habe (Suva-act. 105). Dr. G.\_\_\_\_ bestätigte darauf erneut eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit seit 23. November 2015, verordnete dem Beschwerdeführer eine Physiotherapie (Suva-act. 109, 111) und verlängerte die Arbeitsunfähigkeit letztlich bis 29. Februar 2016 (Suva-act. 122). Entsprechend hatte der Beschwerdeführer am 7. Januar 2016 telefonisch berichtet, dass der Heilverlauf nur langsam vorwärts gehe. Es brauche einfach seine Zeit. Wenn er wiederholt 1 bis 2 kg anhebe, würden die Beschwerden rasch zunehmen. Dr. G.\_\_\_\_ sowie die Physiotherapeutin meinten, dass er aktuell nicht forcieren dürfe, andernfalls es wieder zu einer Verschlimmerung kommen könne (Suva-act. 107). Erst ab 1. März 2016 bestätigte Dr. G.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 122). Am 8. April 2016 ist die Abschlusskontrolle bei Dr. G.\_\_\_\_ dokumentiert (Suva-act. 128).

7.3 Angesichts der in Erwägung 7.2 dargelegten Sachlage ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 14. Januar 2016 in seiner beruflichen Tätigkeit als Bodenleger immer noch beschränkt einsatzfähig war, keine Beschwerdefreiheit besass und das Beschwerdebild unbestrittenermassen mit der unfallkausalen Epicondylitis humeri radialis in Zusammenhang stand. Erst ab dem 8. April 2016 ist von einer Heilung derselben bzw. vom Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls vom 12. Dezember 2014 für den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen. Die Beschwerdegegnerin wird mithin über den 14. Januar 2016 hinaus bis



zum 8. April 2016 die Heil-behandlungskosten betreffend die Ellbogenbeschwerden rechts zu vergüten und bis 29. Februar 2016 Taggeldleistungen für eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit zu erbringen haben.

8.

8.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 13. Juli 2016 unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 13. Juni 2016 gutzuheissen. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, dem Beschwerdeführer vom 15. Januar bis 29. Februar 2016 Taggelder entsprechend einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% und vom 15. Januar bis 8. April 2016 Heilkostenleistungen für die Ellbogenbeschwerden rechts auszurichten.

8.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. Art. 98 ff. des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache entsprechend erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 13. Juni 2016 aufgehoben.

2.



Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer vom 15. Januar bis 29. Februar 2016 Taggelder entsprechend einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% und vom 15. Januar bis 8. April 2016 Heilkostenleistungen für die Ellbogenbeschwerden rechts auszurichten.

3.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.