

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 41

Entscheid vom 13. November 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____ **AG**,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfall; Listendiagnose Art. 6 Abs. 2 UVG)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1972) arbeitet seit Juli 2012 bei der D._____ AG und ist bei der C._____ AG (nachfolgend: C._____) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Gemäss Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 18. Juli 2018 hat es am 13. Juli 2018 in der rechten Schulter von A._____ beim Heben eines Gartenmöbels "einen Ruck gegeben, wie wenn was reisst begleitet von einem starken Schmerz. Am folgenden Tag konnte ich den rechten Arm nur eingeschränkt bewegen" (Vi-act. UM; K1.2). Ein von der Klinik E._____, F._____ AG, am 31. August 2018 gestelltes Gesuch um Kostengutsprache für einen operativen Eingriff (Vi-act. M4; K4) lehnte die C._____ am 11. bzw. 12. September 2018 ab (Vi-act. K5; K8). Am 11. September 2018 teilte die C._____ A._____ mit, beim gemeldeten Ereignis handle es sich weder um einen Unfall noch bestehe eine Leistungspflicht aufgrund einer Listendiagnose (Vi-act. K9). Nachdem sich A._____ damit nicht einverstanden erklärte (Vi-act. K12), verfügte die C._____ am 17. September 2018 die Ablehnung einer Leistungspflicht des gesetzlichen Unfallversicherers (Vi-act. K13).

B. Am 18. Oktober 2018 liess A._____ Einsprache gegen die Verfügung vom 17. September 2018 erheben (Vi-act. K15). Nach Einsicht in die Akten (vgl. Vi-act. K16) liess A._____ die Einsprachebegründung ergänzen (Vi-act. K18). Nach Beizug ergänzender Unterlagen (vgl. Vi-act. K23) wies die C._____ die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 3. Mai 2019 ab (Vi-act. K 25).

C. Am 5. Juni 2019 lässt A._____ gegen diesen Einspracheentscheid vom 3. Mai 2019 (Versand am selben Tag) beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Mai 2019 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls des Beschwerdeführers vom 13. Juli 2018 zu erbringen.
b) Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 16. Juli 2018 das ganze Taggeld auszurichten.
3. Unter Entschädigungsfolge.

D. Mit Vernehmlassung vom 27. Juni 2019 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde vom 5. Juni 2019 unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Mit Replik vom 2. August 2019 lässt der Beschwerdeführer seine Anträge Ziff. 1, 2.a) sowie 3. wiederholen, derweil er mit

Antrag Ziff. 2.b) neu beantragen lässt, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm rückwirkend ab dem 18. September 2018 Taggelderleistungen auszurichten.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Die Vorinstanz lehnt ihre Leistungspflicht ab, da die vom Beschwerdeführer beklagte Gesundheitsschädigung zum einen nicht auf einen Unfall nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 zurückgeführt werden könne und zum andern keine Leistungspflicht aufgrund einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 bestehe.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt.

2.2.1 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG 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.

2.2.2 Nach der Rechtsprechung bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selbst. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er - nach einem objektiven Massstab - nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 142 V 219 Erw. 4.3.1). Der äussere Faktor ist zentrales Begriffscharakteristikum eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur - den Krankheitsbegriff konstituierenden - inneren Ursache. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit wurde entwickelt, um die "tausendfältigen kleinen und kleinsten Insulte des täglichen Lebens, die als solche gänzlich unkontrollierbar sind und deshalb nur beim Hinzutreten von etwas Besonderem Berücksichtigung finden sollen", aus dem Unfallbegriff auszuscheiden (BGE 134 V 72 Erw. 4.1.1). Das Merkmal des Ungewöhnlichen macht den alltäglichen Vorgang zum einmaligen Vorfall. Nach der Rechtsprechung kann das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors in einer unkoordinierten Bewegung (RKUV 1999 S. 199 Erw. 3c/aa und S. 422 Erw. 2b) oder in einer (im Hinblick auf die Konstitution und berufliche oder ausserberufliche Gewöhnung der betreffenden Person) ausserordentlichen Überanstrengung (vgl. BGE 116 V 139 Erw. 3b;

RKUV 1994, S. 38 Erw. 2) bestehen. Bei Körperbewegungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand wie Ausgleiten, Stolpern oder Abwehren eines Sturzes den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat (Urteil BGer 8C_282/2017 vom 22.8.2017 Erw. 3.1.2; vgl. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 3. Aufl., S. 27). Hingegen taugen Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung (Urteil BGer 8C_842/2018 vom 6.5.2019 Erw. 3.3.1).

2.2.3 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung von der den Anspruch erhebenden Person zu beweisen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht der Unfallversicherung. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben. Wird auf Grund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt (die blosser Möglichkeit genügt nicht), so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (vgl. Urteil EVGer U 6/02 vom 18.12.2002 Erw. 2.2, mit Hinweisen, u.a. auf BGE 116 V 140).

2.3.1 Die Versicherung erbringt ihre Leistungen zudem bei Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerrungen, Sehnenrissen, Bandläsionen sowie Trommelfellverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (Art. 6 Abs. 2 UVG).

2.3.2 Liegt eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor, so besteht die Rechtsvermutung, dass eine leistungspflichtige unfallähnliche Körperschädigung gegeben ist, auch wenn die Definitionsmerkmale eines Unfalls nicht erfüllt sind. Es müssen weder die Ungewöhnlichkeit, noch das äussere Ereignis (vgl. nachfolgend Erw. 2.3.4), noch die Plötzlichkeit gegeben sein, sondern lediglich das Vorliegen einer Listendiagnose (vgl. Motta et al., Das revidierte Unfallversicherungsgesetz ist in Kraft, in: Soziale Sicherheit 1/2017, S. 39; vgl. aber auch Hüßler, Erste UVG-Revision: wichtigste Änderungen und mögliche Probleme bei der Umsetzung, in: SZS 2017 S. 33 f.). Der Unfallversicherer kann sich von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er nachweist, dass die eingetretene Verletzung

vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Heinrich, 1. UVG-Revision - Entwicklung der Gesetzgebung, JaSo 2017, S. 21 f.).

2.3.3 In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was der Gesetzgeber unter dem Begriff "vorwiegend" versteht. Der Begriff "vorwiegend" wird auch im Zusammenhang mit dem Nachweis von Berufskrankheiten (Art. 9 Abs. 1 UVG) verwendet. Nach der hierzu ergangenen Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 Erw. 2a S. 200 f. mit Hinweis). Es besteht kein Anlass, diesen Begriff im Anwendungsbereich von Art. 6 Abs. 2 UVG anders auszulegen. Demnach ist der Gegenbeweis des Unfallversicherers erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50% auf "Abnützung oder Erkrankung" beruht (Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 [zur Publikation vorgesehen] Erw. 8.2.2.1 mit weiteren Hinweisen, u.a. auf Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], KVG UVG Kommentar, Zürich 2018, UVG Art. 6 N 11). Die blosse Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht.

2.3.4 Aus der Logik der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Entlastungsbeweises für den Unfallversicherer folgt, dass es sich bei dem Begriffspaar Abnützung und Erkrankung um das ergänzende Gegenstück ("Pendant") zu einem spezifischen Ereignis handeln muss (Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 [zur Publikation vorgesehen] Erw. 8.2.3). Für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG ist zwar kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu Art. 9 Abs. 2 UVV (vgl. Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 [zur Publikation vorgesehen] Erw. 7.5) mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a-h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, zur Vermutung, es handle sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicher-

ten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) auch nach der UVG-Revision relevant. Der Versicherer hat im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abzuklären. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum (vgl. vorstehend Erw. 2.3.3) der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und wie erwähnt - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50%, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (vgl. Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 [zur Publikation vorgesehen] Erw. 8.6). Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG und einer Listenverletzung erübrigt sich eine Prüfung der Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG, jedenfalls solange kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt (Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 [zur Publikation vorgesehen] Erw. 9.2).

2.4 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

2.5 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwie-

genden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

2.5.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

2.5.2 Für Feststellungen im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). 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 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 Erw. 1c mit Hinweisen).

2.5.3 Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens (Art. 44 ATSG) entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.5.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.5.5 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengut-

achten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Im angefochtenen Einspracheentscheid verweist die Vorinstanz auf ein Urteil des Bundesgerichts (8C_1019/2009 vom 26.5.2010), das durchaus mit dem vorliegenden Fall verglichen werden könne. Im zit. Urteil sei einem Versicherten eine schwere Bücherschachtel aus der Hand geglitten, worauf dieser schnell nachgefasst habe. Das Bundesgericht habe entschieden, dass der geschilderte Vorgang den Unfallbegriff in Ermangelung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors nicht erfülle. Ein ungewöhnlicher äusserer Faktor könne auch nicht aufgrund der reflexartigen Bewegung bejaht werden. Da es an einem ungewöhnlichen äusseren Faktor fehle, sei der Unfallbegriff i.S.v. Art. 4 ATSG nicht erfüllt (S. 7 Ziff. 7). Zu prüfen sei eine Leistungspflicht aufgrund einer Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG (S. 7 Ziff. 8). Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 17. Juli 2018 als auch intraoperativ seien artikulareseitige Partialrupturen der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne diagnostiziert worden. Diese Diagnosen entsprächen einer Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 lit. f. UVG. Die Vorinstanz verweist auf die Berichte von Dr.med. G._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) sowie Dr.med. H._____ (Facharzt FMH Chirurgie; Vertrauensarzt SGV, SIM-Gutachter). Die Stellungnahme von Dr.med. H._____ sei ausführlich und überzeugend. Er habe den gesamten Befund an der Schulter berücksichtigt und lege schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb die Rupturen der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne überwiegend wahrscheinlich vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen seien. Demgegenüber seien die Ausführungen von Dr.med. G._____ "nur schwer nachvollziehbar", führe doch dieser aus, dass 70% der Rupturen der Subscapularissehne bei Menschen unter 50 Jahren unfallbedingt seien, obwohl die Subscapularissehne sich anlässlich der Operation intakt gezeigt habe. Die Stellungnahme von Dr.med. G._____ vermöge jedenfalls keine Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. H._____ zu wecken, weshalb letzterer Beweiswert zuzuerkennen sei.

3.2 Vor Verwaltungsgericht macht der Beschwerdeführer beschwerdeweise im Wesentlichen geltend, der natürliche Ablauf der Körperbewegung des Beschwer-

deführers, welcher darin bestanden habe, ein schweres Möbelstück aus Teakholz zu heben und an einen bestimmten Ort zu tragen, sei programmwidrig gestört worden, indem der ruckartig nachlassende Kräftewiderstand durch das Ausrutschen den Beschwerdeführer zu einer reflexartigen, unkoordinierten Bewegung gezwungen habe, um das Möbelstück aufzufangen (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 7). Der nicht reibungslos abgelaufene Hebevorgang müsse als programmwidrig im Sinne einer ungewöhnlichen äusseren Einwirkung betrachtet werden. Dieser Vorgang sei weder alltäglich noch könne die ausgeführte reflexartige Bewegung als gewöhnlich betrachtet werden. Die von der Vorinstanz zitierte Rechtsprechung sei vorliegend nicht einschlägig und das Vorkommnis vom 13. Juli 2018 erfülle den Unfallbegriff. Auch sei aufgrund der medizinischen Beurteilung der behandelnden Ärzte nachgewiesen, dass die Beschwerden an der rechten Schulter unfallkausal seien, zumal der Beschwerdeführer vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei und die Schmerzen erst nach dem Unfallereignis aufgetreten seien (S. 6 Ziff. 7). Die Einschätzung des versicherungsinternen Arztes Dr.med. H._____ stehe im Widerspruch zur Beurteilung des Operateurs Dr.med. G._____. Der Bericht von Dr.med. H._____ stütze sich auf vage Behauptungen und Mutmassungen. Eine Tendenz der Ablehnungshaltung sei zu erkennen. Dies, zumal keine umfassende medizinische Abklärung mit Erhebung der Anamnese stattgefunden habe. Wegen unvollständiger Sachverhaltsfeststellung und mangels Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit könne nicht auf den Bericht von Dr.med. H._____ abgestellt werden (S. 10 Ziff. 13.b). Die Position als versicherungsinterner Arzt verschaffe Dr.med. H._____ nicht die Unabhängigkeit, welche von einem Sachverständigen gefordert sei. Auch deshalb bestehe die Vermutung der Befangenheit (S. 11 Ziff. 13.b). Das Abklärungsergebnis der Vorinstanz sei nicht ausreichend beweiskräftig, weshalb grundsätzlich Anspruch auf ein Gerichtsgutachten bestehe, sollte wider Erwarten nicht auf die Beurteilung von Dr.med. G._____ abgestellt werden. Der rechtserhebliche Sachverhalt sei in Verletzung von Art. 43 ATSG nicht richtig festgestellt worden (S. 11 Ziff. 14). Gestützt auf die Beurteilung von Dr.med. G._____ vom 15. November 2018 sei die Körperschädigung überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 13. Juli 2018 zurückzuführen. Dagegen kämen weder eine Abnützung noch eine Erkrankung als überwiegend wahrscheinliche Ursache für die Schulterverletzung in Frage (S. 11 Ziff. 15).

3.3 Vernehmlassend bringt die Vorinstanz u.a. vor, das Wegrutschen eines getragenen Gegenstands alleine begründe keinen ungewöhnlichen äusseren Faktor, gehe es doch darum zu beurteilen, ob die Bewegung des Nachfassens programmwidrig beeinflusst worden sei. Soweit der Beschwerdeführer ein sogenanntes Verhebetauma als erfüllt betrachte, sei darauf hinzuweisen, dass ein

solches rechtsprechungsgemäss erst ab sehr hohen Gewichtsbelastungen angenommen werde. Indes sei auch bei Vorliegen eines hohen Gewichts ein ungewöhnlicher äusserer Faktor gefordert (S. 2 Ziff. II.3). Wäre mit dem Ereignis vom 13. Juli 2018 der Unfallbegriff erfüllt, so würde sich die Frage nach einer Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG gar nicht stellen. Dr.med. G. _____ argumentiere rein statistisch und führe auch nicht aus, weshalb die Rupturen auf eine unfallkausale Genese hindeuten würden. Auf degenerative Zeichen gehe er überhaupt nicht ein. Die Erklärungen von Dr.med. H. _____ hingegen erfolgten in Kenntnis sämtlicher medizinischen Akten, namentlich unter Berücksichtigung des bildgebenden und intraoperativen Befunds sowie den anamnestischen Angaben, und seien schlüssig und nachvollziehbar. Auf ein Gutachten könne in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden.

3.4 Replicando trägt der Beschwerdeführer vor, er sei vom 18. September 2018 bis am 4. November 2018 100%, vom 5. November 2018 bis am 31. Dezember 2018 70%, vom 1. Januar 2019 bis am 3. März 2019 50% und vom 4. März 2019 bis am 31. März 2019 zu 40% arbeitsunfähig gewesen. Für die Dauer der ärztlich attestierten und unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit seien ihm Taggeldleistungen auszurichten. Ab 1. April 2019 sei er wieder voll arbeitsfähig gewesen. Im Übrigen verweist der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf die Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

4.1 Der Beschwerdeführer rügt die Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör. Die Vorinstanz habe die Leistungsverweigerung ohne Vornahme einer umfassenden medizinischen Abklärung verfügt. Zudem sei der angefochtene Einspracheentscheid nicht ausreichend und nachvollziehbar begründet (Beschwerde S. 11 Ziff. 14).

4.2 Das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV verlangt, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtsstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt (BGE 124 I 49 Erw. 3a; BGE 124 I 241 Erw. 2). Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt

(vgl. BGE 136 I 229 Erw. 5.2; BGE 134 I 83 Erw. 4.1; Urteil BGer 8C_426/2018 vom 10.8.2018 Erw. 2.4).

4.3.1 Der Beschwerdeführer begründet seine Rüge nicht, der angefochtene Einspracheentscheid genüge den Anforderungen an einen ausreichend und nachvollziehbar begründeten Entscheid nicht. Auf dieses unsubstantiierte Vorbringen ist nicht weiter einzugehen. Eine Verletzung der Begründungspflicht ist im Übrigen nicht ersichtlich. Die Vorinstanz hat ihre Überlegungen, von denen sie sich bei ihrem Entscheid hat leiten lassen, genannt. Dies ermöglichte es dem Beschwerdeführer, ein begründetes Rechtsmittel einzulegen. Inwiefern die Begründung der Vorinstanz und damit ihr Einspracheentscheid rechtmässig ist, ist eine materielle Frage, die es nachfolgend zu beurteilen gilt.

4.3.2 Soweit der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs in der verfügten "Leistungsverweigerung ohne Vornahme einer umfassenden medizinischen Abklärung" erblickt, ist dem was folgt entgegenzuhalten. Die Vorinstanz stützte sich in ihrem Entscheid namentlich auf die Beurteilung bzw. Stellungnahme des beratenden Arztes Dr.med. H._____, welchem Sie - was unbestritten ist - die vervollständigten Akten zugestellt hatte (vgl. Vi-act. K23). Bei dieser Stellungnahme handelt es sich um ein Aktengutachten. Zu erinnern ist, dass dem reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommen kann, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Dies trifft im vorliegenden Fall zu. Gegenteiliges macht der Beschwerdeführer nicht - jedenfalls nicht substantiiert - geltend. Für den Fall, dass der Beschwerdeführer bemängeln sollte, der beratende Arzt habe auf eine persönliche Exploration verzichtet, so ist festzuhalten, dass nicht ersichtlich ist - und vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt wird - inwiefern man sich von einer weiteren persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers neue Erkenntnisse hätte versprechen können.

4.4 Nach dem Gesagten erweist sich die Rüge der Verletzung des beschwerdeführerischen Anspruchs auf rechtliches Gehör als unbegründet.

5.1 Zu dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Unfallereignis ergibt sich aus den Akten was folgt:

5.2.1 Am 14. Juli 2018 suchte der Beschwerdeführer die Interdisziplinäre Notfallstation des Spitals I._____ auf (Vi-act. M2). Laut Notfallbericht ebenfalls vom 14. Juli 2018 hatte der Beschwerdeführer berichtet, dass er "heute Morgen" ein Gewicht heben wollen, als er plötzlich starke Schmerzen im Bereich der rechten Schulter gehabt habe.

5.2.2 Die Bagatellunfall-Meldung UVG der Arbeitgeberin vom 18. Juli 2018 verweist auf ein Schadendatum vom 13. Juli 2018, 19.30 Uhr (Vi-act- UM; K1.2). Zum Sachverhalt wurde festgehalten: "Beim heben eines Gartenmöbels hat es in der rechten Schulter einen Ruck gegeben, wie wenn was reisst begleitet von einem starken Schmerz. Am folgenden Tag konnte ich den rechten Arm nur eingeschränkt bewegen. [...]".

5.2.3 Mit dem "Fragebogen Allgemein" ersuchte die Vorinstanz um Schilderung des genauen Bewegungsablaufs (Vi-act. M3). Der Beschwerdeführer führte diesbezüglich am 7. August 2018 aus, er habe am Freitag, 13. Juli 2017, ca. 17.30 Uhr, einen Teil einer Teakholzlounge mit einem Gewicht von ca. 25 kg von einem anderen runtergehoben, wobei es ihm "abgerutscht" sei und er mit der rechten Hand nachgefasst habe. Da habe es "krack" gemacht. Der Beschwerdeführer berichtete des Weiteren, dass es sich nicht um eine gewohnte Tätigkeit handelte, er dies aber schon öfters gemacht habe. Beschwerden habe er unmittelbar nach dem Vorfall verspürt.

5.3 Die oberwähnten Sachverhaltsdarstellungen divergieren im Wesentlichen in zwei Punkten: Zum einen wird im Notfallbericht vom 14. Juli 2018 festgehalten, das fragliche Ereignis habe sich "heute Morgen", mithin am 14. Juli 2018 (Samstag) ereignet, wohingegen in der Unfallmeldung vom 18. Juli 2018 und im am 7. August 2018 beantworteten Fragebogen von einem Ereignis am 13. Juli 2018 (Freitag, wobei als Zeitpunkt einerseits 19.30 Uhr, andererseits 17.30 Uhr angegeben wird) die Rede ist. Sodann ist augenfällig, dass die Schilderung eines "Ab-rutschens" sowie eines "Nachfassens" erst im Fragebogen vom 7. August 2018 gemacht wird, was auch die Vorinstanz zutreffend erkannt hat (vgl. Vi-act. K5).

5.4 Ob sich das fragliche Ereignis am Abend des 13. Juli 2018 (um 17.30 oder 19.00 Uhr) oder aber tags darauf am 14. Juli 2018 morgens verwirklicht hat, kann offenbleiben, zumal zum einen keine Arbeitsunfähigkeit ab 13./14. Juli 2018 ausgewiesen ist (vgl. Vi-act. M2: "AUF: Keine"; Vernehmlassung der Vorinstanz vom 27.6.2019 Ziff. II.9.) und zum andern der Beschwerdeführer Taggelderleistungen (replicando) erst ab 18. September 2018 fordert.

5.5 Dass sich der fragliche Sachverhalt, wonach der Beschwerdeführer ein Teakholz-Gartenmöbelstück heben wollte bzw. hob, überhaupt zugetragen hat, ist zwischen den Parteien unbestritten. Für das Gericht besteht keine Veranlassung, hiervon abzuweichen. Die Frage, wie sich der fragliche Sachverhalt im Einzelnen zugetragen hat (blosses Heben des Möbelstücks oder Heben des Möbelstücks mit Abrutschen und reflexartigem Nachfassen), kann in Bezug auf die

Prüfung des Unfallbegriffs offenbleiben, wie die nachfolgenden Ausführungen zeitigen.

5.6.1 Auch wenn von der Schilderung des Beschwerdeführers, wonach das Möbelstück beim Hebevorgang abgerutscht sei und er mit der Hand reflexartig nachgefasst habe (vgl. vorstehend Erw. 5.2.3) ausgegangen wird, steht entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung fest, dass der natürliche Ablauf der Körperbewegung nicht durch etwas Programmwidriges wie beispielsweise Stolpern, Ausgleiten, Anstossen oder Abwehren eines Sturzes beeinträchtigt war. So hat das Bundesgericht (bzw. das frühere Eidg. Versicherungsgericht) u.a. festgehalten, dass das reflexartige Nachfassen eines weggleitenden Radiators von 100 kg (Urteil U 110/99 vom 12.4.2000 Erw. 3) wie auch das Wiederherstellen des Gleichgewichts durch eine heftige Handbewegung anlässlich des Transports einer 100 bis 150 kg schweren Türe (Rechtsprechungsbeilage zum SUVA-Jahresbericht 1988 Nr. 8 S. 15) keine Programmwidrigkeiten darstellen (VGE I 2015 33 vom 19.8.2015 Erw. 2.3.3 [reflexartiges Nachfassen bei einer aus der rechten Hand gerutschten, ca. 100-150 kg schweren Waschmaschine] mit Hinweis auf Urteil U 144/06 vom 23.5.2006 Erw. 2.2 mit weiteren Fallbeispielen; BGE 130 V 117 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C_783/2013 vom 10.4.2014 Erw. 4.2; 8C_1019/2009 vom 26.5.2010 Erw. 5.1; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2017.00041 vom 23.1.2018 Erw. 4.2).

5.6.2 Die Rechtsprechung erachtet den für den Unfallbegriff vorausgesetzten ungewöhnlichen äusseren Faktor bisweilen auch dann als erfüllt, wenn beim Heben oder Verschieben einer Last ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgte und dieser zu einer Schädigung (regelmässig als Verhebetauma bezeichnet) geführt hat. Mit Blick auf vergleichbare Fälle ist ein solch ausserordentlicher Kraftaufwand indessen mit der Vorinstanz (vgl. Vernehmlassung vom 27.6.2019 Ziff. II.3) zu verneinen, bedürfte es dazu doch erheblich schwererer Lasten als das vom Beschwerdeführer gehobene 25 kg schwere Teakholz-Möbelstück (vgl. Urteil BGer 8C_246/2011 vom 25.8.2011 Erw. 4.4).

5.6.3 Dem vorliegend zu beurteilenden Ereignis fehlt es damit an einem - für die Qualifikation als Unfall erforderlichen - ungewöhnlichen äusseren Faktor, was die Vorinstanz zu Recht erkannt hat. Dies gilt sowohl für den Fall, dass das Teakholz-Möbelstück dem Beschwerdeführer beim Hebevorgang aus den Händen gerutscht sein sollte, gefolgt von einem (reflexartigen) Nachfassen (Sachverhaltsvariante, an welcher vom Beschwerdeführer vor Verwaltungsgericht festgehalten wird), als auch für den Fall des blossen Hebens des Teakholz-Möbelstücks (ohne

Abrutschen; Sachverhaltsvariante gemäss zeitlich erster Schilderung im Notfallbericht des Spitals I. _____ sowie der Unfallmeldung).

5.7 Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen, soweit der Beschwerdeführer beantragt, es seien in Aufhebung des Einspracheentscheids Leistungen gestützt auf ein Unfallereignis i.S.v. Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG zu erbringen.

6. In Anbetracht einerseits des Antrags Ziff. 2a der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, wonach "Leistungen für die Folgen des Unfalls" anbegehrt werden, und des eben Erwähnten andererseits, wonach der Begriff des Unfalls vorliegend nicht erfüllt ist, ist nicht von vornherein erstellt, dass der Beschwerdeführer auch Leistungen anbegehrt für den Fall, dass eine Leistungspflicht unter einem anderen Titel, etwa einer Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG, gegeben sein sollte. Das Versicherungsgericht ist indes nicht an die Parteianträge gebunden und es kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person ändern oder dieser mehr zusprechen, als sie verlangt hat (Art. 61 lit. d ATSG). Im Übrigen erhellt aus der beschwerdeführerischen Begründung ohne Weiteres, dass auch Leistungen für den Fall einer gegebenen Listendiagnose anbegehrt werden.

7. Nachdem die Vorinstanz ein Unfallereignis ausschloss, prüfte sie die Leistungspflicht gestützt auf eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG und verneinte eine solche. Hierzu ergibt sich aus den medizinischen Akten was folgt:

7.1 Im Notfallbericht des Spitals I. _____ vom 14. Juli 2018 hielten Dr.med. J. _____ (Oberarzt i.V.) und K. _____ (Assistenzarzt) anamnestisch fest, der Beschwerdeführer habe ein Gewicht heben wollen, wobei er plötzlich starke Schmerzen im Bereich der rechten Schulter gehabt habe. Seitdem habe er starke Schmerzen in diesem Bereich und könne die Schulter nicht mehr heben (Viact. M2). Sodann wurde in diesem Notfallbericht festgehalten:

Befund:

46-jähriger Patient in schmerzbedingt reduziertem Allgemeinzustand. Schulter rechts: keine Schwellung, kein Hämatom, leichte Druckdolenz im Bereich des Humeruskopfes.

Abduktion ab 20° schmerzhaft. Elevation ab 30° schmerzhaft. Adduktion ab sofort schmerzhaft. Aussenrotation nicht möglich.

Röntgen schulter ap/Neer: keine ossäre Läsion

Beurteilung, Therapie und Verlauf:

Wir konnten eine ossäre Läsion ausschliessen. Bei klinischem Verdacht einer Rotatorenmanschettenruptur wurde heute eine MRI angemeldet. Es erfolgt eine Mittella Schlinge.

Wir konnten den Patienten nach Hause entlassen.

Es wurde keine Austrittsmedikation verabreicht und für den Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert.

7.2 Nach Durchführung eines "Röntgen Schulter a.p. und Neeraufnahme rechts vom 14.07.2018" im Spital I. _____ und den klinischen Angaben "Sturz. Fraktur?" konnte Dr.med. M. _____ (Oberärztin L. _____ [Universitätsspital]) keine Fraktur feststellen. Die Stellung sei regelrecht.

7.3 Anlässlich des durchgeführten Arthro-MRI des rechten Schultergelenks vom 17. Juli 2018 hielt Dr.med. N. _____ (FMH Radiologie, O. _____ AG, P. _____) im Bericht vom 18. Juli 2018 u.a. was folgt fest (Vi-act. M5):

Indikation

Anamnestisch Status nach Schulterverletzung am Wochenende. Rotatorenmanschettenläsion, andere Läsion. Degenerative Veränderung?

Befund:

Arthrographie in üblicher Technik. Regelrechte Verteilung des Kontrastmittels intraartikulär. Deutlich hypertrophierte und aktivierte AC-Gelenkarthrose bei Nachweis von ausgeprägten Osteophyten auf Höhe der Clavicula. Der Discus interarticularis lässt sich nicht abgrenzen. dabei Flüssigkeit im AC-Gelenk. Deutliche Zeichen der Bursitis subacromialis / subdeltoidea. Zystoide Läsionen, DD Zysten, DD Ganglien im Humeruskopf lateral dorsal auf Höhe der Ansatzstelle der Subscapularissehne. Abgrenzbare Kalkscholle auf Höhe der Ansatzstelle der Subscapularissehne bei einer max. Grösse von 9 x 6 mm, gemessen in den coronaren Schichten. Die Infraspinatussehne kommt auf dieser Höhe etwas aufgetrieben und signalalteriert, im Sinne einer Tendinopathie zur Darstellung. Die Supraspinatussehne ist ebenfalls signalalteriert und aufgetrieben, dabei zeigt die Sehne gelenkseitige Partialrupturen auf. Die Subscapularissehne ist in den superioren Anteilen rupturiert, dabei zeigt sich eine Luxation der Bizepssehne nach medial. Keine eindeutige Labrumläsion. Insgesamt geringe Entfaltung der Gelenkkapsel bei aufgefülltem Rezessus subcoracoideus und subscapularis. Keine fettige Degeneration oder Atrophie der Muskelbäuche der Rotatorenmanschette.

Beurteilung:

Deutlich aktivierte und hypertrophierte AC-Gelenkarthrose mit subacromialem Impingement mit Zeichen der Bursitis subacromialis / subdeltoidea. Tendinopathie-Zeichen der Supraspinatussehne mit Nachweis einer gelenkseitigen Partialruptur weiter ventral. Tendinopathie der Infraspinatussehne, wenig ausgeprägt, bei zusätzlichem Kalkdepot auf dieser Höhe, gewertet als Peridendinitis calcarea. Tendinopathie der Subscapularissehne mit Ruptur der superioren Anteile und Luxation der langen Bizepssehne nach medial.

7.4 In einer Stellungnahme vom 3. September 2018 hielt der beratende Arzt der Vorinstanz, Dr.med. H. _____, fest, es liege eine Listenerkrankung nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG vor, welche überwiegend degenerativ bedingt sei. Es lägen eine Tendinopathie, eine ACG-Arthrose, Kalkdepots, Ganglien und Osteo-

phyten vor. Eine "OP-Indikation" verneinte Dr.med. H._____, ausser evtl. zur Durchführung einer Bizepsstenodese.

7.5 Am 18. September 2018 führte Dr.med. G._____ in der Klinik E._____ gemäss Operationsbericht vom 19. September 2018 folgende Operation bei der Diagnose "Instabilität lange Bizepssehne mit ventraler Pulley-Läsion, artikulärseitige Partialläsion Supra- und Infraspinatussehne Ellmann Grad II, hypertrophe AC-Arthrose Schulter rechts" durch (Vi-act. M9):

Schultergelenksarthroskopie, Bizepssehnenodese periösär in Lasso-Loop-Technik [...], Suture-Bridge-Rekonstruktion Supra- und Infraspinatussehne [...], subacromiale Bursektomie, knöcherne Acromionsplastik, knöcherne AC-Resektion Schulter rechts

Dem Operationsbericht lässt sich weiter entnehmen:

Vorgehen

[...]. Intraartikulärer diagnostischer Rundgang. Unauffällige glenohumerale Knorpelverhältnisse.

Unauffällige Subskapularissehne bei jedoch vollständig rupturiertem Ligamentum glenohumerale superius und einer daraus resultierenden kompletten Luxation der langen Bizepssehne nach ventral vor die Subskapularissehne. Eine Hidden Lesion kann nicht aufgefunden werden. Wir entscheiden uns hier für eine Bizepssehnenodese. Diese wird über einen im cranialen Sulcus bicipitalis liegenden Parcus-PEEK-5.5mm-Anker durchgeführt werden. Nachfolgend Resektion des intraartikulären Bizepssehnenstumpfes. Dann bei artikulärseitiger Partialläsion der Supra- und Infraspinatussehne Ellmann Grad II Anfrischen der Seh[n]en sowie des Sehnenstumpfes. Dann Wechsel nach subacromial. Gründliche Bursektomie, Soft- und knöcherne Acromionplastik bei sanftem antero-lateralen Slop. Aufsuchen des AC-Gelenkes und bei MR-tomographisch verifizierten AC-Arthrose mit Impingement entscheiden wir uns für eine AC-Resektion. Diese kann problemlos knöchern durchgeführt werden. Dann wiederum Eingehen in das Gelenk. Setzen zweier Parcus-Titan-5.5mm-Anker in den Footprint ins Tuberculum majus der Supra- und Infraspinatussehne. In PASTA-Technik werden die Fäden durch die Sehnen hindurchgeschuttelt und von bursaseitig geknüpft. Die lang belassenen Fäden werden im Sinne einer Suture-Bridge über die Rekonstruktion herübergespannt und weiter lateral in der Kortikalis des Tuberculum majus über zwei Parcus-PEEK-Knotless-Anker verankert. Es gelingt eine sehr schöne Suture-Bridge. Ausführliche Fotodokumentation. Spülen. Hautnaht intrakutan resorbierbar mittels Monocrylfäden. Proxi-Strips. Steriler Verband. Armschlinge.

7.6 Im Austrittsbericht der Klinik E._____ vom 19. September 2018 führt Dr.med. G._____ namentlich identische Angaben sowohl zur Diagnose als auch zur Operation an wie im Operationsbericht (Vi-act. M10; vgl. M9 und vorstehend Erw. 7.5). Zum Prozedere wurde festgehalten:

Nachbehandlung gemäss Schema der Q._____ bei St. n. Supra- und Infraspinatussehnen-PASTA-Repair. Analgesie nach Bedarf.

(...). Tragen der Armschlinge für 6 Wochen ab Operation. Kinetec-Mobilisation ab 2. postoperativer Woche.

(...)

7.7 In einem Schreiben vom 15. November 2018 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Vi-act. M7) hielt Dr.med. G._____ fest, dass mit Blick auf den durch den Patienten angegebenen Unfallhergang, die Befundung und den intraoperativen Befund nicht "mit letzter Sicherheit eine Entscheidung" bezüglich Unfallkausalität gefällt werden könne. Schlussendlich sei es jedoch so, dass in Anbetracht des jungen Alters des Patienten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass die Verletzung unfallkausal sei. Mit Blick auf die entsprechende Literatur könne davon ausgegangen werden, "dass ca. 70% der Subskapularissehnenläsion[en] in dieser Altersgruppe unfallkausal" seien. Die statistische Wahrscheinlichkeit einer degenerativen Rotatorenmanschettenläsion liege bei unter 50-Jährigen ungefähr bei 5%. Weiterer Diskussionsbedarf bestehe insofern nicht, da die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei.

7.8 In seiner Stellungnahme vom 14. April 2019 an die Vorinstanz hält Dr.med. H._____ was folgt fest (Vi-act. M11):

Medizinische Aktenzusammenfassung:

13.07.2018 Unfallhergang:

Beim Heben eines Gartenmöbels hat es in der rechten Schulter einen Ruck gegeben, wie wenn was reißt, begleitet von einem starken Schmerz. Am folgenden Tag konnte ich den rechten Arm nur eingeschränkt bewegen.

14.07.2018 Spital I._____:

Schulter rechts, keine Schwellung, kein Hämatom, leichte Druckdolenz im Bereich des Humeruskopfes. Abduktion ab 20° schmerzhaft. Elevation ab 30° schmerzhaft. Adduktion ab sofort schmerzhaft. Aussenrotation nicht möglich.

Rx rechte Schulter: keine ossäre Läsion.

17.07.2018, Arthro-MRI rechte Schulter:

Deutlich aktivierte und hypertrophierte AC-Gelenksarthrose mit subakromialem Impingement mit Zeichen einer Bursitis subacromialis/subdeltoidea. Tendinopathie-Zeichen der Supraspinatussehne mit Nachweis einer gelenksseitigen Partialruptur weiter ventral. Tendinopathie der Infraspinatussehne, wenig ausgeprägt, bei zusätzlichem Kalkdepot auf dieser Höhe, gewertet als Peridendinitis calcarea. Tendinopathie der Subscapularissehne mit Ruptur der superioren Anteile und Luxation der langen Bizepssehne nach medial.

18.09.2018 Operationsbericht:

Durchgeführt wurden eine Schultergelenksarthroskopie, Bizepssehnenentodese periösär, Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne, eine subakromiale Bursektomie, eine knöcherne Akromioplastik und eine knöcherne AC Resektion rechte Schulter. Die Subscapularissehne wird als unauffällig beschrieben.

(19.09.2018 Austrittsbericht F._____ Klinik E._____)

Des Weiteren hielt Dr.med. H. _____ in Beantwortung der von der Vorinstanz gestellten Fragen fest, dass eine Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenriss) vorliege. Diese Verletzung sei in ihrem gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50% auf Abnützung zurückzuführen. Im MRI vom 17. Juli 2018 habe sich eine deutlich aktivierte und hypertrophierte AC-Gelenksarthrose mit subakromialem Impingement mit Zeichen einer Bursitis subacromialis/subdeltoidea gezeigt. Dies sei für die Degeneration der Supraspinatussehne vor allem verantwortlich. Weiterhin hätten sich Tendinopathiezeichen, also der Zustand nach bzw. bei einer chronischen Entzündung der Supraspinatussehne mit Nachweis einer gelenksseitigen Partialruptur weiter ventral und eine Tendinopathie der Infraspinatussehne, wenig ausgeprägt, bei zusätzlichem Kalkdepot als Zeichen einer massiven Degeneration auf dieser Höhe, gewertet als Peritendinitis calcarea, gezeigt. Weiter zeige sich im MRI eine Tendinopathie der Subscapularissehne mit Ruptur der superioren Anteile, was sich jedoch bei der Arthroskopie nicht bewahrheitet habe. Es erstaune etwas, dass der behandelnde Orthopäde seine Argumentation in seinem Schreiben vom 15. November 2018, es handle sich um eine unfallbedingte Schädigung, vor allem auf die Ruptur der Subscapularissehne "(70% traumatisch bedingt in der Literatur)" stütze. In seinem Operationsbericht vom 18. September 2018 beschreibe er die Subscapularissehne jedoch als unauffällig.

Zusammenfassend hielt Dr.med. H. _____ fest, dass es sich "hier fast ausschliesslich und damit weit über 50% um degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette" handle. Im MRI, welches schon vier Tage nach dem angeschuldigten Trauma angefertigt worden sei, zeigten sich keine frischen traumatisch bedingten Läsionen. Dies sei nicht verwunderlich, da der beschriebene Unfallhergang nicht geeignet sei, eine Rotatorenmanschette zu verletzen.

7.9 Am 5. Juni 2019 hielt Dr.med. G. _____ "korrigierend zu meinem Schreiben vom 15.11.2018", wo er die Subskapularissehne als lädiert beschrieben habe, fest (Vi-act. K29.2), "dass es sich hierbei natürlich um die Supraspinatussehne handelt." Die inhaltliche Aussage bezüglich der Wahrscheinlichkeit einer zugrundeliegenden degenerativen Ruptur in dieser Altersklasse entspreche jedoch den gemachten Angaben. Ergänzend sei sicherlich zu erwähnen, dass das Ligamentum glenohumerale superius, welches direkt oberhalb der Subscapularissehne liege und einen anatomischen Komplex mit derselben bilde, eine ebenfalls komplette Zerstörung erfahren habe. Auch dies sei für ihn schlussendlich ein Indiz einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegebenen Unfallkausalität. Schlussendlich bleibe es bei einem 46-jährigen Patienten immer eine etwas mühsame Diskussion, eine degenerative Grundkomponente mit letzter Si-

cherheit auszuschliessen. Dies sei entsprechend nicht möglich. Er bleibe jedoch bei der gemachten Aussage, dass "mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallkausalität vorliegen sollte."

8.1 Es ist unstrittig, dass Partialrupturen der Supra- und der Infraspinatussehne vorliegen und somit eine Listendiagnose (Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG) gegeben ist.

8.2 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich - namentlich in der Begründung, die diagnostizierten Körperschädigungen seien vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen, weshalb keine Leistungspflicht aus einer Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG bestehe - auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr.med. H. _____ vom 14. April 2019 ab. Es ist damit im vorliegenden Fall die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 Erw. 5.1 m.w.H.; vorstehend Erw. 2.5.3).

8.3.1 Wenn die Vorinstanz festhält, dass die Stellungnahme von Dr.med. H. _____ den gesamten Befund der Schulter berücksichtige, so kann ihr nicht gefolgt werden. Es bleibt namentlich die vom Operateur (bereits im Operationsbericht, vgl. vorstehend Erw. 7.5) umschriebene vollständige Zerstörung des Ligamentum glenohumerale superius vom beratenden Arzt gänzlich unerwähnt, sodass an der Expertise von Dr.med. H. _____ bereits aus diesem Grund nicht nur geringfügige Zweifel bestehen.

8.3.2 Die Ligamenta glenohumeralia sind Verstärkungsbänder des Schultergelenks in der vorderen Kapselwand (Reuter, Springer Lexikon Medizin, Berlin/Heidelberg/New York 2004, S. 1250). Das ligamentum glenohumerale bildet mit dem ligamentum coracohumerale die ligamentäre Verbindung quer zum Bizepssehnenverlauf, die als Pulley-System bezeichnet wird (Hauser-Bischof, Schulterrehabilitation in der Orthopädie und Traumatologie, 2003, S. 10). Ligament bezeichnet dabei im medizinisch-technischen Sinn ein Band. Ausgehend von dieser medizinischen Auffassung ist etwa das Verwaltungsgericht des Kantons Bern davon ausgegangen, die Zerreissung des Pulley stelle eine Bandläsion und damit eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG dar (Urteil Verwaltungsgericht Bern 200 2017 1005 vom 1.5.2018 Erw. 3.4.2). Vorliegend hat denn der Operateur auch festgehalten, infolge der vollständigen Ruptur des ligamentum glenohumerale superius sei die lange Bizepssehne nach ventral vor die Subskapularissehne luxiert (vgl. oben Erw. 7.5), mithin hat es seine Funktion verloren. Wenn das Pulley-System u.a. durch das Ligamentum glenohumerale ge-

bildet wird, und dessen Zerreißung eine Listendiagnose darstellt, dann ist nicht ausgeschlossen, dass auch vorliegend eine Bandlsion gegeben ist und damit eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG. Zumindest hätte sich Dr.med. H._____ auch mit diesem ausdrücklichen Befund auseinandersetzen müssen. Zu Recht weist denn Dr.med. G._____ in seinem Schreiben vom 5. Juni 2019 auch darauf hin. Zudem lautete die Operationsdiagnose u.a. explizit auf Instabilität lange Bizepssehne mit ventraler Pulley-Läsion (vgl. vorstehend Erw. 7.5).

8.4.1 Des Weiteren fällt auf, dass Dr.med. H._____ in seiner Stellungnahme vom 14. April 2019 den Unfallhergang mit dem "Heben eine[s] Gartenmöbels" umschreibt. Er gelangt in der Folge zum Ergebnis, der "beschriebene Unfallhergang" sei nicht geeignet, eine Rotatorenmanschette zu verletzen. Zur aktenkundlichen Sachverhaltsvariante, wonach das Möbelstück abgesehen vom blossen Heben aus den Händen gerutscht sei und er reflexartig nachfasste, schweigt sich die Stellungnahme von Dr.med. H._____ aus, obwohl ihm diese Variante bekannt sein musste bzw. war (vgl. Vi-act. M6, wo der beratende Arzt auf diese Variante mit dem "Hergang gem. FB Vt. vom 07.08.2018" hingewiesen worden war). Damit erhärten sich die Zweifel an der Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit der Expertise von Dr.med. H._____.

8.4.2 Die Vorinstanz folgte der Beurteilung ihres beratenden Arztes, wonach der "beschriebene Unfallhergang" nicht geeignet sei, eine Rotatorenmanschette zu verletzen (vgl. angefocht. Einspracheentscheid Erw. 10). Derweil stellte die Vorinstanz im angefochtenen Einspracheentscheid (Erw. 7) fest, dass "dem Versicherten beim Tragen eines Möbelstücks dieses aus den Händen geglitten" sei und er nachgegriffen habe. Weshalb die Vorinstanz auf diese Sachverhaltsvariante abstellt, hat sie nicht dargelegt. Weder hat sie festgehalten, dass sie von einem anderen Unfallhergang ausgeht als der beratende Arzt, noch hat sie begründet, dass dennoch auch dieser andere Hergang ungeeignet ist, die Verletzungen hervorzurufen.

8.4.3 Damit aber gehen die Vorinstanz einerseits und ihr beratender Arzt andererseits von einem unterschiedlichen (initialen) Ereignishergang aus. Da Dr.med. H._____ die Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG unter anderem damit verneint, dass der Ereignishergang nicht zur Verletzung geführt haben könne, erscheint der genaue Hergang wesentlich (vgl. VGE I 2019 8 vom 19.6.2019 Erw. 5.3). Dies gilt umso mehr in Anbetracht dessen, dass ein erhobenes initiales Ereignis ganz untergeordneter resp. harmloser Art den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers vereinfachen kann (vgl. vorstehend Erw. 2.3.4). Von einem sol-

chen harmlosen Ereignis geht Dr.med. H._____ offensichtlich aus. Die Vorinstanz aber geht, wie erwähnt, von einem anderen Ereignishergang aus. Beim vorinstanzlich festgestellten Ereignishergang verhält es sich aber so, dass in Anbetracht der medizinischen Akten unklar bleibt, ob auch diesem Hergang "nur" untergeordnete Bedeutung zukommt. Daran ändert nichts, dass der genaue Hergang bei der Prüfung des Unfallbegriffs noch offenbleiben konnte (zumal bei beiden Sachverhaltsvarianten der Unfallbegriff nicht erfüllt ist, vgl. vorstehend Erw. 5.5). Mit der Stellungnahme von Dr.med. H._____ ist aus ärztlicher Sicht nicht dargelegt worden, ob die Sachverhaltsvariante, von welcher die Vorinstanz ausgeht (Heben des Möbelstücks gefolgt von einem Abrutschen aus den Händen und einem Nachfassen) als Initialereignis geeignet ist, die vom Beschwerdeführer erlittene Körperschädigung zu verursachen, oder nicht. Dr.med. H._____ hat die Geeignetheit, eine solche Verletzung herbeizuführen, lediglich für den Fall des blossen Hebens des Möbelstücks verneint (ohne Abrutschen und Nachfassen). Offensichtlich ist, dass beiden Varianten unterschiedliche Kräfteeinwirkungen auf den Körper immanent sind.

8.5 Auch der Operateur Dr.med. G._____ bestätigt, es sei eine Aussage betreffend Kausalität der Verletzungen nicht einfach zu machen, es bleibe letztlich eine mühsame Diskussion. Mit Verweis auf das Alter des Beschwerdeführers (Jg. 1972), die Art der Verletzungen sowie den vom Patienten beschriebenen Unfallhergang geht er aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Unfallursache aus. Den Unfallhergang, von welchem er dabei ausgeht, beschreibt er aber nicht näher (Vi-act. M7; Bf-act. 3). Diese Ausführungen des behandelnden Arztes (vgl. hierzu oben Erw. 2.5.4) vermögen eine traumatische Genese nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass bei Vorliegen einer Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG nicht die versicherte Person die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen muss, sondern der Versicherer zu belegen hat, dass die Gesundheitsschäden vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. oben Erw. 2.3.2).

8.6 Bestehen Zweifel an einer nicht gemäss Art. 44 ATSG (versicherungsextern) eingeholten Expertise, so sind weitere Abklärungen notwendig. Da es die Vorinstanz vorliegend unterlassen hat, ergänzende Abklärungen im Sinne einer versicherungsexternen medizinischen Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG zu tätigen, weshalb gestützt auf die vorliegenden Akten keine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden kann, ist die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie zu den Fragen, welche Körperschädigungen objektiv vorliegen, ob diese Listendiagnosen gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG

darstellen und ob diese im gesamten Ursachenspektrum, namentlich in Beachtung des konkreten initialen Ereignisses, vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (oder nicht), ein versicherungsexternes Gutachten einhole und alsdann über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen neu befinde. Sodann wird die Vorinstanz vorab ergänzende Abklärungen zu tätigen haben, wie sich der fragliche Ereignishergang zugetragen hat, wobei an dieser Stelle hinzuweisen ist, dass bei der Sachverhaltsbeurteilung in der Regel auf die Beweismaxime der sogenannten "Aussagen der ersten Stunde" abgestellt wird, denn diesen kommt in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zu als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 45 Erw. 2a). Da auch Dr.med. G. _____ in seiner Argumentation auf den Unfallhergang verweist, diesen aber nicht umschreibt, wird sich auch eine entsprechende Rückfrage beim Operateur aufdrängen.

9. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde insoweit als begründet, als die Vorinstanz gestützt auf die Beurteilung von Dr.med. H. _____ eine Leistungspflicht aus Art. 6 Abs. 2 UVG verneinte. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Mai 2019 ist aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Im Übrigen, soweit der Beschwerdeführer Leistungen gestützt auf ein Unfallereignis i.S.v. Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG fordert und namentlich soweit er eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör rügt, ist die Beschwerde abzuweisen.

10.1 Es werden keine Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten, Barauslagen) erhoben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

10.2.1 Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend (teilweises Obsiegen) ist dem beanwalteten Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung zu entrichten (Art. 61 lit. g ATSG). Die Bemessung der Parteientschädigung richtet sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975. Die Vergütung wird nach pflichtgemäßem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 Satz 3 GebTRA). § 14 GebTRA sieht für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vor. In diesem Rahmen ist die Vergütung nach der Wichtigkeit der Streitsache, ihrer Schwierigkeit, dem Umfang und der Art der Arbeitsleistung sowie dem notwendigen Zeitaufwand zu bemessen (§ 2 Abs. 1 GebTRA). Im Lichte all dieser Aspekte, der Aktenlage sowie mangels Einreichung einer Kostennote durch den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wird die reduzierte Parteientschädigung auf Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festgelegt.

10.2.2 Für das Einspracheverfahren wird in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen (vgl. Art. 52 Abs. 3 ATSG). Entsprechendes macht der Beschwerdeführer vorliegend denn auch nicht geltend.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 3. Mai 2019 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur ergänzenden Abklärung und Neuurteilung einer Leistungspflicht aufgrund einer Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat den anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer für das verwaltungsgerichtliche Verfahren mit einer reduzierten Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu entschädigen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 13. November 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 18. November 2019