

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 62

Entscheid vom 12. Dezember 2019

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

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

gegen

C. _____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen, insbesondere Heilbehandlung und Taggelder)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. 1973) arbeitet bei der D._____ AG und ist bei der C._____ AG (nachfolgend C._____) unfallversichert. Am 8. Januar 2018 teilte A._____ C._____ telefonisch mit, dass er im März 2017 beim Tennisspielen einen plötzlichen Schmerz in der Schulter verspürt habe und am 11. Januar 2018 im Spital E._____ bei der Diagnose "SLAP-Läsion" operiert werde (Vi-act. K8). Am 9. Januar 2018 erfolgte die Bagatellunfall-Meldung, wonach A._____ am 29. März 2017 beim Tennisaufschlag einen plötzlichen Schmerz in der rechten Schulter verspürt habe (Vi-act. K5.1). Gleichentags wurde A._____ von C._____ telefonisch sowie schriftlich informiert, dass sie ihre Leistungspflicht verneinen und einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ablehnen, weil kein Unfallereignis im Sinne des Gesetzes vorliege und die unfallähnliche Körperschädigung gemäss Beurteilung des beratenden Arztes auf einen degenerativen Vorzustand zurückzuführen sei (Vi-act. K3 und K10).

B. Am 12. Januar 2018 erhob die Ehefrau von A._____ bei C._____ betreffend die Mitteilung vom 9. Januar 2018 Einwände (Vi-act. K11). Daraufhin verfügte C._____ am 16. Februar 2018 was folgt (Vi-act. K13):

1. Beim Ereignis vom 29. März 2017 handelt es sich weder um einen Unfall im Sinne von ATSG Art. 4 noch liegt eine unfallähnliche Körperschädigung im Rahmen von Art. 6, Abs. 2 UVG vor.
2. Es besteht keine Leistungspflicht des gesetzlichen Unfallversicherers.
Rechtsmittelbelehrung

C. Dagegen liess A._____ am 16. März 2018 Einsprache erheben (Vi-act. K15). Mit Einspracheentscheid vom 3. Juli 2019 wies C._____ die Einsprache ab. Es wurden keine Verfahrenskosten erhoben und keine Parteientschädigung ausgerichtet (Vi-act. K24).

D. Am 14. August 2019 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz rechtzeitig Beschwerde einreichen mit folgenden Anträgen:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 3.7.2019 aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen aus UVG (insb. Heilbehandlung und Taggeldleistungen) für die Folgen des Ereignisses vom 29.3.2017 auszurichten.
2. Unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

E. Mit Vernehmlassung vom 6. September 2019 beantragt C._____, es sei die Beschwerde des Beschwerdeführers vom 14. August 2019 betreffend UVG-Leistungen vollumfänglich abzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Am 26. September 2019 lässt der Beschwer-

deführer die Replik einreichen. Am 18. Oktober 2019 reicht die Vorinstanz die Duplik ein.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

1.2 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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.

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

1.3.2 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 der äussere Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder 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 Hüsler, 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.). Mit dieser vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises ergibt sich 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 erinnerten und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitli-

chen Anknüpfungspunktes - auch weiterhin relevant (Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 8.6). Wie dieses Ereignis konkret zu umschreiben ist, hat das Bundesgericht im massgeblichen Urteil offengelassen.

1.3.3 Im Zusammenhang mit dem Befreiungsbeweis stellt sich weiter die Frage, was der Gesetzgeber unter dem Begriff "vorwiegend" versteht. Nach herrschender Lehrmeinung ist zur Definition des Begriffs "vorwiegend" auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen (Hüsler, a.a.O., S. 34; Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: SZS 2018 S. 348 unten; bestätigt mit Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 8.2.2.1). Danach ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50% ausmachen (vgl. BGE 119 V 200 Erw. 2a mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit einer degenerativen oder krankhaften Schädigung genügt somit den Beweisanforderungen nicht. Der Gegenbeweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist vielmehr erbracht, wenn für die Richtigkeit einer degenerativ oder krankhaft begründeten Listendiagnose mehr Indikatoren vorliegen als für die traumatische Pathogenese, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50% auf "Abnützung oder Erkrankung" beruht (Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 8.2.2.1 m.w.H.).

1.4 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. Aufl., 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. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt, wie bereits erwähnt, 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 Untersuchungs-

grundsatz 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 Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen 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 BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2).

1.5 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.

1.5.1 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).

1.5.2 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 beson-

derer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens 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).

1.5.3 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. Gemäss Schadenmeldung vom 9. Januar 2018 hat der Beschwerdeführer am 29. März 2017 beim Tennisaufschlag einen plötzlichen Schmerz in der Schulter verspürt. In der telefonischen Ereignisschilderung vom 8. Januar 2018 machte der Beschwerdeführer geltend, im März 2017 beim Tennisspielen einen plötzlichen Schmerz in der Schulter verspürt zu haben. Gemäss Krankengeschichte von Dr.med. F._____ (Facharzt Allgemeinmedizin FMH, SGUM Ultraschall-diagnostik) habe der Versicherte seit Januar 2017 beim Tennisspiel bei bestimmten Bewegungen des Armes Schmerzen in der rechten Schulter (vgl. nachfolgend Erw. 4.1). Dr.med. G._____ (Chirurgie FMH) schildert in seinem Bericht vom 20. Dezember 2017, dass der Versicherte beim Tennisspielen im August bei einem Aufschlag einen Zwick in der rechten Schulter gespürt habe (nachfolgende Erw. 4.3).

Gestützt auf diese Beurteilungen hat die Vorinstanz zutreffend festgehalten, dass beim geschilderten Ereignis kein Unfall im Sinne des Gesetzes vorliegt, was unbestritten ist.

Des Weiteren hat Dr.med. H._____ (Spezialarzt für Chirurgie und Unfallchirurgie), auf dessen Beurteilung sich der angefochtene Einspracheentscheid abstützt, am 12. September 2018 festgehalten, dass die diagnostizierte Pulley-

Läsion eine Verletzung des Ligamentum transversum humeri darstelle und einer Bandläsion gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG entspreche (nachfolgende Erw. 4.6). Somit ist ebenfalls unbestritten, dass eine Listendiagnose im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG vorliegt.

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist jedoch die Frage, ob die Listenverletzung bzw. die Bandläsion vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen (= Standpunkt der Vorinstanz) oder traumatisch bedingt ist (= Standpunkt des Beschwerdeführers). Zudem wirft der Beschwerdeführer die Frage auf, ob die Leistungspflicht der Unfallversicherung (selbst bei Listenverletzungen) auch dann gegeben ist, wenn das in Frage stehende Ereignis einen vorbestehenden, stummen Zustand zumindest aktiviert hat. Hierzu verweist der Beschwerdeführer auf ein Bundesgerichtsurteil (8C_337/2016 vom 7.7.2016 Erw. 4.1.2), wo das Bundesgericht unter alter Rechtslage die Leistungspflicht bei einer unfallähnlichen Körperschädigung bejahte (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 14.8.2019 S. 6 Ziff. 16 in fine).

3.1 Der Beschwerdeführer rügt eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs, weil das Aktengutachten bei Dr.med. H._____ ohne Wissen des Beschwerdeführers eingeholt worden sei und dem Beschwerdeführer sämtliche Mitwirkungsrechte verwehrt worden seien. Dies obwohl der Beschwerdeführer in der Eingabe vom 12. Juni 2018 explizit um Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens ersucht und auf den einschlägigen BGE 138 V 318 hingewiesen habe. Das Aktengutachten von Dr.med. H._____ habe auf jeden Fall nicht den Stellenwert eines verwaltungsexternen Gutachtens, sondern höchstens einer versicherungsinternen Stellungnahme.

3.2 Die Vorinstanz hält vernehmlassend fest, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens keine Einwände gegen Dr.med. H._____ vorgebracht und auch keine sich aufdrängenden Ergänzungsfragen eingereicht habe. Zudem verkenne der Beschwerdeführer, dass die Vorinstanz die Beurteilung von Dr.med. H._____ selbst nie als Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG bezeichnet habe. Dementsprechend sei auch der Beweiswert nicht demjenigen eines verwaltungsexternen Gutachtens gleichgestellt. Inwiefern eine Stellungnahme eines (beratenden) Arztes indessen einem hausärztlichen Bericht gleichgestellt werden solle, erschliesse sich nicht.

3.3.1 Spätestens im Einspracheverfahren (Art. 42 ATSG) hat der Unfallversicherer die allgemeinen Grundsätze des rechtlichen Gehörs zu wahren und folglich der versicherten Person oder ihrem Vertreter Einsicht in die Akten zu gewähren, auf deren Grundlage sie den Einspracheentscheid abstützt (BGE 132 V

387 Erw. 4.1; Urteil BGer 8C_738/2014 vom 15.1.2015 Erw. 6.4). Dazu gehört, dass den Verfahrensbeteiligten wesentliche neue Beweismittel vorgängig des Entscheids zur Kenntnis gebracht werden und ihnen Gelegenheit gegeben wird, sich hierzu zu äussern. Stützt sich der Unfallversicherer auf einen im Einspracheverfahren eingeholten versicherungsinternen Arztbericht, hat er dem Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, wenn die Beurteilung neue entscheidungswesentliche Gesichtspunkte oder erhebliche neue Begründungselemente enthält (Urteil EGVer U 116/02 vom 10.3.2003 Erw. 1.1 m.V.a. RKUV 1998 Nr. U 309 S. 461 Erw. 4c; vgl. auch VGE I 2019 11 vom 11.9.2019 Erw. 3.3.1).

3.3.2 Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst auch den Teilgehalt nach Art. 44 ATSG, wonach der Versicherungsträger der Partei den Namen einer oder eines unabhängigen Sachverständigen bekannt gibt, sofern er zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines solchen einholen muss (vgl. Kieser, ATSG-Komm., 3. A., Zürich/ Basel/ Genf 2015, Art. 42 N 41). Die Partei kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen.

Nach der zu Art. 44 ATSG ergangenen Rechtsprechung (BGE 136 V 117 Erw. 3.3.1.1 m.w.H.) ist der versicherten Person vorgängig mitzuteilen, von wem das Gutachten durchgeführt wird. Sind dem Versicherer bei dessen Anordnung die Namen der Ärztinnen und Ärzte noch nicht bekannt, genügt es, wenn diese der versicherten Person (allenfalls durch die beauftragte Gutachterstelle) erst zu einem späteren Zeitpunkt eröffnet werden. Dies muss indessen frühzeitig genug erfolgen, damit sie in der Lage ist, noch vor der eigentlichen Begutachtung gesetzliche Ausstandsgründe geltend zu machen. Zudem hat die versicherte Person ein Recht zur vorgängigen Fragestellung (BGE 138 V 318 i.V.m. BGE 137 V 210 Erw. 3.4).

Voraussetzung dieser besonderen Parteirechte ist indessen, dass es sich bei den in Frage stehenden Expertenberichten tatsächlich um ein Sachverständigengutachten im Sinne der einschlägigen Verfahrensnorm handelt (BGE 135 V 254 Erw. 3.4ff.; Urteil BGer U 65/06 vom 14.2.2007 Erw. 2.2).

3.3.3 Nach dem Wortlaut des Gesetzes gilt Art. 44 ATSG, wenn der Versicherungsträger ein Gutachten einer oder eines "unabhängigen Sachverständigen" einholen muss. Das Bundesgericht hat in BGE 135 V 254 Erw. 3.4.1 geprüft, ob "unabhängig" versicherungsextern meint oder unabhängig im medizinischen Sachentscheid im Einzelfall. Dabei kam es zum Schluss, dass der Gesetzgeber Art. 44 ATSG klar nicht auf versicherungsinterne Ärzte angewendet haben wollte.

Im medizinischen Bereich ist jedoch nicht jede vom Versicherer bei einem dritten Arzt eingeholte Stellungnahme als Sachverständigengutachten zu qualifizieren. Wann ein solches vorliegt, ist im Einzelfall aufgrund der verfahrensmässigen Bedeutung und des Inhalts der ärztlichen Meinungsäusserung zu beurteilen; eine generelle, schematische, formalen Gesichtspunkten folgende Abgrenzung ist nicht möglich. Immerhin handelt es sich nach der Rechtsprechung in der Regel da um ein Sachverständigengutachten, wo ein Dritter im Hinblick auf die abschliessende Beurteilung eines Versicherungsfalls beauftragt wird, einen auf dem gesamten medizinischen Dossier sowie (in der Regel) eigenen Untersuchungen beruhenden zusammenfassenden ärztlichen Bericht zu erstatten (Urteil BGer U 65/06 vom 14.2.2007 Erw. 2.2 mit Hinweis auf BGE 122 V 160; vgl. auch Urteile BGer 8C_465/2016 vom 31.10.2016 Erw. 4.1; 8C_693/2010 vom 25.3.2011 Erw. 8.2.1).

3.4 Somit ist vorliegend zu prüfen, wie die Beurteilung von Dr.med. H._____ aus rechtlicher Sicht zu qualifizieren ist, um zu beurteilen, ob das rechtliche Gehör vorliegend verletzt wurde.

3.4.1 Im Rahmen des Einspracheverfahrens hat der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz eine Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr.med. I._____ eingereicht und um eine unabhängige, verwaltungsexterne Begutachtung ersucht. Gleichzeitig hat er dafür einen Sachverständigen vorgeschlagen und um Kontaktaufnahme gebeten, sollte ein anderer Gutachter in Erwägung gezogen werden (vgl. Vi-act. K19).

Daraufhin hat die Vorinstanz Dr.med. H._____ um die Erstattung eines Aktengutachtens ersucht, unter Beilage der medizinischen Akten sowie insbesondere mit zwei Fragestellungen.

Gemäss Telefonnotiz vom 6. November 2018 (Vi-act. K21) teilte die Vorinstanz dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit, dass sie eine externe medizinische Einschätzung bei Dr.med. H._____ eingeholt habe, weil es sich um die Abklärung einer unfallähnlichen Körperschädigung handle und sich aus diesem Grund lediglich zwei Fragen aufdrängen würden (ob eine Listenverletzung vorliege und ob diese bejahendenfalls vorwiegend auf Erkrankung oder Abnutzung zurückzuführen sei). Die Anamnese sei im vorliegenden Fall bekannt und das Geschehen spiele für die Leistungspflicht an und für sich keine Rolle (mehr), weil es sich um eine unfallähnliche Körperschädigung handle. Eine persönliche Begutachtung mache daher wenig Sinne, weil die Aktenlage genügend sei.

3.4.2 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass im konkreten Fall bei Dr.med. H._____ nicht von einem versicherungsinternen Arzt auszugehen ist. Wie die

Vorinstanz in den Akten festhält, handelt es sich um einen externen und somit grundsätzlich unabhängigen Arzt. Dies lässt sich auch daraus entnehmen, dass sich Dr.med. K. _____ im Gegensatz zu Dr.med. H. _____ in seiner Beurteilung als beratender Arzt ausweist. Dass Dr.med. H. _____ als beratender Arzt der Vorinstanz tätig sein soll, ist nicht erstellt (daran ändert auch die folgende vernehmlassende [S. 3 Ziff. 4] Äusserung nichts: "Inwiefern eine Stellungnahme eines (beratenden) Arztes indessen einem hausärztlichen Bericht gleichgestellt werden soll, erschliesst sich aber nicht.").

Das bedeutet indes nicht, dass es sich bei der Beurteilung von Dr.med. H. _____, obwohl als "Aktengutachten" bezeichnet, um ein Sachverständigengutachten im Sinne von Art. 44 ATSG handelt (vgl. vorstehende Erw. 3.3.3). Dr.med. H. _____ hat in seiner Beurteilung lediglich die vorliegenden Arztberichte dargelegt und kurz kommentiert sowie die Fragen der Vorinstanz beantwortet. Dabei hat er den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, wie es bei Sachverständigengutachten in der Regel verlangt wird (vgl. vorstehende Erw. 3.3.3), keine Anamnese erhoben und seine Beurteilung enthält auch keine eigene, unabhängige fachärztliche Diagnose ("Die diagnostizierte Pulley-Läsion"). Wie die Vorinstanz bereits festhielt, war insbesondere die Frage nach der Listendiagnose und die Ursache davon gestützt auf die vorliegenden Akten zu beurteilen. Auch dass die Auftragserteilung erfolgte, nachdem der Beschwerdeführer in der Einsprache ein versicherungsexternes Gutachten beantragt hat, vermag daran nichts zu ändern. Die Frage, ob ein externes Gutachten einzuholen ist, stellt sich insbesondere im Rahmen der Beweismwürdigung der vorliegenden Akten und ist vom Rechtsanwender zu beurteilen.

Unter diesen Umständen untersteht die medizinische Beurteilung von Dr.med. H. _____ nicht der besonderen Verfahrensvorschrift von Art. 44 ATSG. Die Vorinstanz hat den Anspruch auf rechtliches Gehör des Beschwerdeführers gewahrt, indem sie den Bericht von Dr.med. H. _____ dem Beschwerdeführer anschliessend zur Stellungnahme zugestellt hat, woraufhin der Beschwerdeführer vor Erlass des Einspracheentscheids erneut eine Beurteilung seines behandelnden Arztes Dr.med. I. _____ einreichen liess.

Somit vermag auch die Rüge des Beschwerdeführers, dass es sich vorliegend, wenn nicht um ein Aktengutachten, um eine zweite versicherungsinterne Stellungnahme bzw. eine verpönte "second opinion" handle, nicht zu verfangen.

Zusammenfassend ist die Beurteilung von Dr.med. H. _____ vorliegend beachtlich. Auf die Frage, welcher konkrete Beweiswert der Stellungnahme von Dr.med. H. _____ zukommt, ist im Rahmen der Beweismwürdigung einzugehen. Immerhin ist mit dem Beschwerdeführer festzuhalten, dass dem Bericht von

Dr.med. H._____ nicht der Beweiswert eines externen Gutachtens beigemessen werden kann, weil letzteres die Verfahrensvorschriften u.a. gemäss Art. 44 ATSG einzuhalten hat (vgl. auch BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb).

Sodann ist selbst Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten Beweiswert beizumessen (vgl. vorstehende Erw. 1.5.2). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung genügen auch bei verwaltungsexternen ärztlichen Feststellungen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, um eine Begutachtung anzuordnen (BGE 139 V 99 Erw. 2.3.2; Urteil BGer 8C_23/2014 vom 26.3.2014 Erw. 4.2).

Die Vorinstanz hat zudem zutreffend ausgeführt, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens keine Einwände gegen Dr.med. H._____ vorgebracht und keine Ergänzungsfragen eingereicht hat (S. 3 Ziff. 4). Der Beschwerdeführer hält replizierend einzig dagegen, dass es praktisch unmöglich sei, einen IV-Gutachter abzulehnen, und dass das Stellen von Ergänzungsfragen zu nichts geführt hätte.

4. Dem angefochtenen Entscheid liegt in medizinischer Hinsicht folgende Aktenlage zugrunde:

4.1 Aus der Krankengeschichte des Beschwerdeführers bei Dr.med. F._____ ergibt sich, dass der Beschwerdeführer am 18. Oktober 2017 aufgrund von Schmerzen an der rechten Schulter seit Januar beim Tennisspielen bzw. bei bestimmten Bewegungen ("Arm > 90 und Aussenrotation") den Arzt aufsuchte. Der Befund lautete wie folgt: "Schulter frei beweglich", "Schulter ap re: normal", "PHS re". Es wurde eine subacromiale Infiltration durchgeführt. Eine weitere Konsultation erfolgte am 28. November 2017, wonach die Schmerzen an der Schulter nach einer Woche wieder zunahmen. Es wurde eine Physiotherapie angeordnet, wobei auch diese gemäss Eintrag vom 19. Dezember 2017 keine Besserung brachte (Vi-act. M5).

4.2 Am 20. Dezember 2017 wurde bei Verdacht auf SLAP-Läsion, Rotatorenmanschette und LBS von Dr.med. J._____ (FMH Radiologie) eine Arthro-MRI des rechten Schultergelenks durchgeführt. Der Befund sowie die Beurteilung lauteten wie folgt (Vi-act. M1):

Befund:

Arthrographie in üblicher Technik. Regelrechte Verteilung des Kontrastmittels intraartikulär. Leicht ausgeprägte AC-Gelenkarthrose. Die Supraspinatussehne kommt ansatznah und gelenkseitig deutlich irregulär zur Darstellung, gewertet als gelenkseitige Partialruptur. Zeichen der Bursitis subacromialis / subdeltoidea. Die Infraspinatus- und die Subscapularissehnen sind intakt. Subluxation der langen Bizepssehne nach medial bei Pulley-Läsion. Zusätzlich lässt sich am Bizepsanker

eine kleinste Signalalteration abgrenzen. Keine Labrumläsion. Keine fettige Degeneration oder Atrophie der Muskelbäuche der Rotatorenmanschette.

Beurteilung:

Ansatznahe gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne. Pulley-Läsion. Verdacht auf eine kleine Läsion am Bizepsanker. Keine Labrumläsionen. Leichte Zeichen einer Bursitis subacromialis / subdeltoidea.

4.3 Dr.med. G. _____ hat im Bericht vom 20. Dezember 2017 in der Anamnese festgehalten, dass der Beschwerdeführer beim Tennisspielen im August beim Aufschlag einen Zwick in der Schulter gespürt habe. Dies sei sehr schmerzhaft gewesen und habe anfänglich zu einer Bewegungseinschränkung geführt, welche mit Schmerzmitteln nach sechs Wochen besser geworden sei. Er habe weiterhin Tennisspielen können aber mit immer wieder einschliessenden Schmerzen. Er leide unter leichten Nachtschmerzen, wenn er auf der Schulter liege. Aufgrund der Befunde (freie Beweglichkeit der HWS, inspektorisch absolut unauffällig, leichte Druckdolenz über dem Sulcus, freie symmetrische ROM, Subskapularissehnen-Test mit guter Kraft, Infraspinatus ebenfalls, Suprapinatus leicht abgeschwächt, Bizepssehnen-Test massiv positiv; MRI-Befund vgl. vorstehende Erw. 3.2) hat Dr.med. G. _____ dem Beschwerdeführer eine Tenodese empfohlen (Vi-act. M4), welche (LBS-Tenodese) mit Operation vom 11. Januar 2018 von Dr.med. I. _____ (Facharzt für Orthopädie/ Traumatologie) und Dr.med. G. _____ durchgeführt worden ist, wie auch die Schulterarthroskopie rechts mit Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne und die Bursektomie (vgl. Vi-act. M9).

Im Operationsbericht von Dr.med. I. _____ vom 11. Januar 2018 wurde folgende Diagnose festgehalten (Vi-act. M9):

Hochgradige, artikulärseitige Läsion der Supra- und Infraspinatussehne, LBS-Tendinitis und Pulley-Läsion sowie Impingementsituation rechts

4.4 Der die Vorinstanz beratende Arzt Dr.med. K. _____ (Chirurgie FMH, FMCH, SIM zertif. Gutachter) hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2018 unter Berücksichtigung der vorliegenden Aktenlage (vgl. vorstehende Erw. 4.1ff.) fest, dass eine traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur einen typischen Verlauf habe. Ein solches Ereignis führe zu einem deutlichen, oft reissenden Schmerz in der Schulter mit Ausstrahlung in den Oberarm verbunden mit einem Kraft- und Funktionsverlust. Aufgrund der deutlichen Klinik werde sich der Patient in der Regel bald einem Arzt vorstellen. Nach Rückgang des akuten Schmerzes seien aktive aber auch passive Bewegungseinschränkungen nachweisbar. Nach Rückgang der subakuten Phase werde sich zunehmend eine passive Steifigkeit einstellen. Beim Beschwerdeführer sei die Symptomatologie unter Schmerzmitteln sukzessive zurückgegangen und er habe bereits nach sechs Wochen wieder

Tennis spielen können. Dies spreche gegen eine frische Läsion der Supraspinatussehne (inkl. Infraspinatussehne). Die Läsion an der Supraspinatussehne, wie auch die leicht ausgeprägte AC-Gelenksarthrose rechts seien überwiegend wahrscheinlich vorbestehend. Der Krankheitsverlauf spreche gegen eine traumatische Verletzung der rechten Schulter. Versicherungsmedizinisch sei von der Verwaltung ein Unfallereignis abgelehnt worden. Es könne gesagt werden, dass über 50% der diagnostizierten Befunde im Arthro-MRI degenerativer Natur seien (Vi-act. M10).

4.5 Der behandelnde Arzt Dr.med. I. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2018 aus, dass ihm im vorliegenden Fall nicht eindeutig klar sei, wie man zum Ausschluss einer traumatischen Ruptur kommen könne. Von Seiten der Ätiologie würde er eine traumatische Genese definitiv nicht ausschliessen, ganz im Gegenteil tendenziell einschliessen. Wenn gleich eine Rotatorenmanschette einen mehr oder weniger typischen Verlauf hat oder haben könne, so sei jeder Patient individuell verschieden. Eine transmurale Ruptur würde sicherlich zu anderen Symptomen führen als eine partielle artikulärseitige Supraspinatussehnen-Läsion (PASTA). Gerade diese passe sehr wohl zu einem initial traumatischen Ereignis. Auch die klinische Untersuchung lasse darauf schliessen. Insgesamt sei eine degenerative bzw. chronisch geschädigte Rotatorenmanschette bei einem 45 Jahre alten Patienten sehr unwahrscheinlich, wenn gleich dies natürlich auch nicht ganz auszuschliessen sei. Insgesamt würde Dr.med. I. _____ den Fall im Gesamtkontext eindeutig als traumatische Genese einordnen (Vi-act. K19.1).

4.6 Im Rahmen des Einspracheverfahrens hat die Vorinstanz Dr.med. H. _____ mit Schreiben vom 5. September 2018 um die Erstattung eines Aktengutachtens sowie um die Beantwortung von bestimmten Fragen ersucht (Vi-act. K20).

Das "Aktengutachten" von Dr.med. H. _____ wurde am 12. September 2018 erstellt. Darin wird der Ablauf dargelegt und zu den bereits erfolgten medizinischen Berichten Stellung genommen. Dabei hielt er die Beurteilung von Dr.med. K. _____ für sachlich unvollständig, weil dieser sich nicht zur nach medial luxierten langen Bizepssehne geäußert habe. Den Bericht von Dr.med. I. _____ vom 16. Mai 2018 erachtete Dr.med. H. _____ nur als bedingt nachvollziehbar. Er äussere sich nicht zu der erfahrungsgemäss sattem bekannten Problematik einer Pulley-Läsion mit konsekutiver Luxation der langen Bizepssehne aus dem Sulcus intertubercularis und der bestbekannten Anamnese mit Zwick initial beim Ereignis und der geradezu klassischen Anamnese, erhoben im Bericht von Dr.med. G. _____ am 20. Dezember 2017 ("...in der

Folge hatte der Versicherte aber immer wieder einschliessende Schmerzen") aufgrund der mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit sich abspielenden Luxations-/Subluxationsereignisse der Bizepssehne aus dem Sulcus intertubercularis aufgrund der diagnostizierten Pulley-Läsion (einfach erklärt: dadurch habe das Seil [lange Bizepssehne] immer wieder aus der Rolle [Sulcus intertubercularis] springen können, vereinbar mit einem einschliessenden Schmerzereignis).

Anschliessend wurden die Fragen der Vorinstanz wie folgt beantwortet (Vi-act. M11):

1. Wurde in casu eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Absatz 2 UVG diagnostiziert?

Die diagnostizierte Pulley-Läsion stellen eine Verletzung des Ligamentum transversum humeri dar und entspricht einer Bandläsion gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG. Das Vorgehen einer Listenverletzung ist dementsprechend zu bejahen.

2. Wenn ja: Ist/sind diese Listenverletzungen im gesamten Ursachenspektrum überwiegend wahrscheinlich vorwiegend auf Erkrankung oder Abnutzung zurückzuführen? Begründung?"

Die diagnostizierte Listenverletzung ist überwiegend wahrscheinlich vorwiegend auf Abnutzung zurückzuführen. Man muss davon ausgehen, dass das Bicepssehnen-Pulley vor der besagten Aufschlagbewegung mechanisch erheblich vorgeschädigt und ausgedünnt war, so dass das Servieren beim Tennis ausreichend war, um einen vollständigen Riss hervorzurufen. Der vom Versicherten geschilderte Bewegungsablauf (forcierte Rotationsbewegung unter hoher Energie beim Tennisservice) ist mit den sich dabei entwickelnden Kräften nicht geeignet, ein intaktes Pulley zu schädigen. Der vom Versicherten geschilderten Symptomatik mit dem typischen Beschwerdebild entspricht indes dem geschilderten Bewegungsablauf, wenn ein bereits stark vorgeschädigtes Band komplett reisst. Von einem vorgeschädigten Pulley ist auch aufgrund des ebenfalls diagnostizierten, subacromialen Impingements auszugehen, da der verschmälerte Subacromialraum zu einer mechanischen Beanspruchung des Pulleys und damit zu einer Abnutzung desselben führt.

3. Bemerkungen?

Keine.

4.7 Am 29. November 2018 nahm der behandelnde Arzt Dr.med. I. _____ Stellung zur Beurteilung von Dr.med. H. _____. Er hielt u.a. fest, dass man den Beweis, dass die Verletzung zu mehr als 50% auf Abnutzung basiere, ohne prä-traumatische Bildgebung im Sinne eines MRI nicht stellen könne. Zudem sei bekannt, dass sowohl die SLAP-Läsion als auch die Pulley-Läsion und die PAS-TA-Läsion in der Schulter sehr wohl oft traumatische Ursachen haben würden. Anschliessend verwies er auf verschiedene Literaturhinweise sowie Studien, welche seine Aussagen belegen würden. Des Weiteren führte Dr.med. I. _____ aus, dass die Frage, welche Argumente gegen eine vorwiegend auf Abnutzung basierende Verletzung sprechen würden, sicherlich nicht ganz ein-

fach zu beantworten sei. Die Beschwerdefreiheit vor Unfall sei hierfür keine Rechtfertigung. Es sei hier sicherlich schwierig, den Gegenbeweis anzutreten. Die Pulley-Läsion könne sowohl traumatisch als auch durch chronische Überbeanspruchung entstehen (Vi-act. M12).

5.1 Der Beschwerdeführer stellt mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 14. August 2019 die Frage, ob die Leistungspflicht der Unfallversicherung nicht auch dann gegeben ist, wenn das in Frage stehende Ereignis einen vorbestehenden, stummen Zustand zumindest aktiviert hat (mit Verweis auf Urteil BGer 8C_337/2016 vom 7.7.2016 Erw. 4.1.2 und Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, in: SZS 62/2018 S. 335ff., S. 348).

5.2 Das Bundesgericht hat im zu publizierenden Urteil 8C_22/2019 vom 24. September 2019 (Erw. 8.5) festgehalten, dass bei einem Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn der Unfall keine auch nur geringe Teilursache der Körperschädigung mehr bildet. Demgegenüber ist der Unfallversicherer im Rahmen der unfallähnlichen Körperschädigung bereits dann von seiner Leistungspflicht befreit, wenn die Listenverletzung zu mehr als 50% auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. In dem vom Beschwerdeführer zitierten Entscheid (auf welchen auch Samuelsson, a.a.O., S. 348, verweist) war unbestritten, dass es sich beim zugrundeliegenden Ereignis um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG handelte. Aus diesem Entscheid kann somit einzig abgeleitet werden, dass der Unfallversicherer haftet, wenn ein stummer Vorzustand durch ein als Unfall anerkanntes Ereignis aktiviert wird. Ein solches Ereignis fehlt jedoch bei der unfallähnlichen Körperschädigung.

Daraus lässt sich für den konkreten Fall ableiten, dass selbst wenn das vorliegende - nicht als Unfall anerkannte - Ereignis betreffend die unfallähnliche Körperschädigung eine Teilursache darstellen sollte, konkret der keinen Unfall darstellende Tennisaufschlag eine *conditio sine qua non* für die Listendiagnose darstellt, die Vorinstanz dennoch von der Leistungspflicht befreit ist, wenn sie den Nachweis zu erbringen vermag, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist, d.h. wenn der Anteil "Abnutzung oder Erkrankung" mehr als 50% beträgt, die Listendiagnose zu mehr als 50% auf Abnutzung oder Erkrankung beruht (vgl. oben Erw. 1.3.3; Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 8.2.2.1). Dies schliesst eine Haftung des Unfallversicherers durch eine etwaige Aktivierung eines stummen Vorzustandes durch ein Nicht-Unfallereignis aus, soweit die Aktivierung nicht mehr als 50% im gesamten Ursachenspektrum ausmacht.

6.1 Dr.med. I. _____ hat in seiner Stellungnahme zur Beurteilung von Dr.med. H. _____ auf verschiedene Studien verwiesen, welche er dem Beschwerdeführer zugestellt hat, ohne weiter darauf einzugehen und diese insbesondere auf den vorliegenden Fall anzuwenden. Vielmehr hat er festgehalten, dass er nicht wisse, inwiefern diese Studien verwendet werden können, dass die Frage, welche Argumente gegen eine vorwiegend auf Abnutzung basierende Verletzung sprechen würde, nicht einfach zu beantworten sei, und dass es schwierig sei, den Gegenbeweis anzutreten.

Der Beschwerdeführer ist in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 14. August 2019 wie folgt auf die erwähnten Studien eingegangen (S. 7f.):

- Geoffrey D Abrams, Per A Renstrom, Marc R. Safran in Br J Sports Med 2012; 46:492-498. Epidemiology of musculoskeletal injury in the tennis player

In der Studie wird ausgeführt, dass solche Schulterverletzungen im Zusammenhang mit dem Tennisspielen zu den häufigsten Verletzungen zählen (bei ambitionierten Tennisspielern im mittleren Alter mit einer Prävalenz von 50%, vgl. S. 493). Verletzungen der Rotatorenmanschette seien diesbezüglich häufig bei älteren Spielern (vgl. S. 494).

- Kevin C. Chung, MD, MS und Meghan E. Lark BS. Upper Extremity Injuries in Tennis Players: Diagnosis, Treatment and Management, published: Hand Clin. 2017 February; 33(1): 175-186.

Auch in dieser Studie wurde festgestellt, dass Schulterverletzungen zu den häufigsten Verletzungsarten im Tennis zählen (vgl. S. 8). Spezifisch wird in der Studie auch auf die Risikofaktoren, insb. das belastende Aufschlagsspiel eingegangen (vgl. S. 8 f.). Auf S. 10 der Studie wird zudem beschrieben, dass SLAP Läsionen zu den häufigsten Verletzungen bei ambitionierten Tennisspielern zählen. In Fakt haben biomechanische Studien gezeigt, dass Über-Kopf-Bewegungen beispielsweise beim Aufschlagen die grösste Rolle in der Verursachung von solchen SLAP-Läsionen zählen (vgl. S. 10 oben).

- Anmerkung: Wenn solche Schulterverletzungen und Sehnenrisse zu den häufigsten Verletzungen - auch bei sehr jungen Spielern - zählen, so ist die Schlussfolgerung von Dr. H. _____, wonach ein Aufschlag nicht geeignet sei, eine intakte Sehne zu schädigen, entkräftet. Gemäss Brockmeyer et al.: SLAP Lesions: a treatment algorithm sowie weiteren von Dr. I. _____ zitierten Studien kann sowohl die SLAP-Läsion, als auch die Pulley-Läsion, als auch die PASTA-Läsion in der Schulter sehr oft traumatische Ursachen haben.

- Martin, Bideau, Ropars, Delamrche, Kulpa: Upper limb joint kinetic analysis during tennis serve: Assessment of competitive level an efficiency and injury risks, Scand J Med Sci Sports 2014: 24: 700-707

In dieser Studie wurden die Belastungen beim Aufschlag auf die Gelenke gemessen. Es wurde festgestellt, dass ein hohes Risiko von Überlastung der Schulter und damit einhergehende Verletzungen besteht, unabhängig davon, wieviele Aufschläge im Training und Wettkampf schon absolviert worden sind (S. 706). Damit ist die Behauptung Dr. H. _____, eine intakte Schulter könne nicht durch einen Aufschlag verletzt werden, entkräftet.

- Fu, Ellenbecker, Renstrom, Windler, Dines: Epidemiology of injuries in tennis player, *Muskuloskeletal Medicine* (2018) 11:1-5.
Gemäss dieser Studie gehören Schulter Verletzungen (SLAP, Internal or sub-acromial impingement, Rotator cuff tendinopathy/tear) zu den häufigen Verletzungen bei professionellen Tennisspielern (S. 2).
- Gescheit, Cormack, Duffield, Kovalchik, Wood, Omizzolo, Reid: Injury epidemiology of tennis players at the 2011 - 2016 Australien Open Grand Slam.
Auch diese Studie weist ein hohes Verletzungsrisiko der Schulter nach (S. 4).

6.2 Hierzu hat die Vorinstanz vernehmlassend was folgt festgehalten (S. 4ff.):

Zur Studie von Abrams et al. (Beschwerdebeilage 4)

- "Der Sport stellt besondere Anforderungen an den Bewegungsapparat, wobei akute Verletzungen, wie z.B. Knöchelverstauchungen, in den unteren Extremitäten häufiger auftreten, während chronische Überlastungsverletzungen in den oberen Extremitäten, wie z.B. laterale Epikondylitis, häufiger bei Freizeitspielern auftreten und Schulterschmerzen häufiger bei 'High-Level-Spielern'."ⁱ (Abstract, circa in der Mitte)
- "Ein weiterer Trend zeigt, dass akute Verletzungen häufig an den unteren Extremitäten auftreten, während sich chronische Verletzungen am häufigsten an den oberen Extremitäten und am Rumpf manifestieren."ⁱⁱ (S. 492, gegen Ende)
- Die vom Beschwerdeführer zitierte Stelle in ihrem Zusammenhang: "In einer Untersuchung wurden Schulterschmerzen bei 24% der High-Level Tennisspieler im Alter von 12 bis 19 Jahren festgestellt, wobei die Prävalenz bei Teilnehmern mittleren Alters auf 50% stieg. Es gab eine Reihe von Untersuchungen, die über die Häufigkeit und/oder Prävalenz von Schulterschmerzen innerhalb einer grösseren Gruppe von Studienteilnehmern berichtet haben, die eine Verletzung durch Tennisspielen erlitten haben. Der Anteil der Tennisspieler auf allen Ebenen mit Schulterverletzungen in diesen Studien lag zwischen 4% und 17%. Schulterverletzungen sind häufig auf wiederholte Anwendung zurückzuführen und können mit Schulterdyskinesie, Rotatorenmanschettenpathologie oder glenohumeralem Innenrotationsdefizit mit dem daraus resultierendem internen Impingement und/oder Labrumpathologien zusammenhängen. Im Allgemeinen hängen die Schulterbeschwerden bei jungen High-Level Tennisspielern mit einer subtilen Instabilität zusammen, während die Rotatorenmanschette beim älteren Spieler häufiger beteiligt ist. (...) Eine Untersuchung untersuchte 18 ältere Tennisspieler ohne Vorgeschichte von Schulteroperationen oder Traumata und verglich sie mit altersgerechten Kontrollgruppen. Die Ergebnisse zeigten, dass 33% der Tennisspieler röntgenologische Anzeichen für degenerative Veränderungen im Schultergelenk ihres dominanten Arms hatten, verglichen mit nur 11% der übereinstimmenden Kontrollgruppe."ⁱⁱⁱ

Zur Studie von Chung et al (Beschwerdebeilage 5)

- "Tennisverletzungen der oberen Extremitäten werden am häufigsten als Überlastungsschäden am Handgelenk, Ellenbogen und an der Schulter beschrieben."^{iv} (Synopsis)
- "Tennisverletzungen der unteren Extremitäten sind meist akut und resultieren aus traumatischen Ereignissen, während Verletzungen der oberen Extremitäten meist chronisch sind und auf wiederholte Überbeanspruchung zurückzuführen sind. Um diese Ergebnisse besser zu verstehen, sind in der Literatur

Risikofaktoren für Verletzungen durch Überbeanspruchung der oberen Extremitäten in der Bevölkerung der Überkopf-Werfer und 'Striking Athletes' weit verbreitet. Gemäss diesen Studien würde die übermässige Belastung der oberen Extremitäten signifikant zu Weichteilproblemen beitragen (...)"^v (Seite 2)

- "Überlastungsverletzungen an der Schulter sind bei Tennisspielern aller Leistungsstufen weit verbreitet und tragen nachweislich zu fast 4-17% aller Tennisverletzungen bei. (...) Diese feinen Bewegungen [beim Aufschlagspiel] werden durch die umliegenden Rotatorenmanschettenmuskeln inszeniert, die sich an das Schulterblatt und andere umgebende Kapselstrukturen anfügen. Werden Schulterstrukturen durch chronische Überlastung schwach oder dysfunktional, können Tennisspieler eine skapuläre Dyskinesie entwickeln."^{vi} (Seite 8)
- "Ein internes Zusammenstossen (internes Impingement) ist eine weitere Bedingung, die im Zusammenhang mit der Entwicklung von Schulterverletzungen steht. Sie wird definiert als das abnormale mechanische Zusammenprallen der Rotatorenmanschetten-Sehnen gegen den oberen Glenoidrand und das Labrum. Ein Impingement tritt auch bei gesunden Schultern des Athleten auf; kann aber durch eine erhöhte Kompression der hinteren Kapsel verletzt werden."^{vii} (Seite 9 unten)
- "Superiore labrale anterior-to-posterior (SLAP)-Läsionen sind die häufigsten Labrumverletzungen bei Athleten. Sie sind gekennzeichnet durch das Ausfransen oder Reißen des oberen Labrums an der Stelle der Bizepssehnenbefestigung, wodurch die zugrundeliegende Interaktion mit dem Glenoid gestört wird. Obwohl es verschiedene Klassifizierungen des Schweregrades gibt, beinhaltet die häufigste SLAP-Läsion die Ablösung sowohl des oberen Labrums als auch der Bizepssehne vom Glenoid. Biomechanische Studien zur Untersuchung von Labrumverletzungen bei Athleten haben gezeigt, dass die Mechanik der späten Spannphase von Überkopfwürfen und Aufschlag die grösste Rolle in der Ätiologie von SLAP-Läsionen spielt."^{viii} (Seite 10 oben)
- "Vor einer chirurgischen "Reparatur" der SLAP-Läsion sollte — ähnlich wie bei anderen chronischen Weichteilverletzungen — eine nichtoperative Behandlung durchgeführt werden."^{ix} (Seite 10 Mitte)
- "Es ist unbestritten, dass sportliche Aktivitäten einen grossen Beitrag zur Ätiologie der Labrumverletzungen bei Tennisspielern leisten."^x (Seite 11 oben)
- "Die Verletzung der Rotatorenmanschette ist in der Allgemeinbevölkerung häufig, wobei eine degenerative Ätiologie vor allem bei älteren Patienten zu beobachten ist. Diese Verletzungen treten aber auch bei der jüngeren Bevölkerung bei Überkopf-Wurfsportlern auf, durch die wiederholte, energiereiche Belastung des Schultergelenks. (...) Bei Sportlern ist die RotatorenmanschettenTendinopathie meist mit einem hinteren inneren Impingement verbunden, das zu einem Ausfransen oder Reißen der Rotatorenmanschetten-Sehnen mit Wiederholungen führen kann. (...) Wenn die Verletzung die Folge eines hinteren inneren Impingements ist, sind die Supraspinatus- und Infraspinatus-Sehnen am stärksten betroffen, und es kommt zu Schmerzen in der späten Spannphase des Tennisschlags."^{xi} (Seite 11 Mitte)
- "Verletzungen der oberen Extremitäten entstehen durch wiederholte Überlastung der Gelenke. Die Diagnose stellt für Ärzte häufig eine Herausforderung dar (...)." ^{xii} (Seite 12 Summary)

- "Kernpunkte: Oft betreffen Tennisverletzungen der oberen Extremitäten das Weichteilgewebe und sind in der Regel die Folge von Überbeanspruchung."^{xiii} (Seite 17)
- "Tennisverletzungen stehen mit biomechanischen Vorgängen bei Tennisschlägen und -aufschlägen in einem komplexen Zusammenhang."^{xiv} (Seite 17)

Zur Studie von Brockmeyer et al (Beschwerdebeilage 6)

- "Snyder et al. beschrieben ursprünglich, dass die Ätiologie der SLAP-Läsionen traumatisch ist. In der Literatur werden mehrere Verletzungsmechanismen für SLAP-Läsionen beschrieben. Ein Sturz auf den ausgestreckten Arm in einer leicht gebeugten und abduzierten Position führte zu einer Läsion des oberen Labrums; verursacht durch die Kompressionskraft und Subluxation des Oberarmkopfes nach kranial. Mit Trauma durch eine externe Rotation und Abduktionskraft der Schulter, die oft als Begleitläsionen angesehen werden. Aber in den meisten Fällen sind SLAP-Läsionen Überlastungsverletzungen. Die häufigste Ursache für SLAP-Läsionen ist ein Mikrotrauma und eine Überbeanspruchung durch wiederholte Wurfbewegungen, wie sie in der Literatur für Baseballwerfern häufig beschrieben wird."^{xv} (Seite 448)
- "Angesichts all dieser möglichen Verletzungsmechanismen wird die Diagnose SLAP-Läsion häufig bei jungen Athleten, insbesondere bei 'Overhead-Athleten' gestellt."^{xvi} (Seite 448, zweite Spalte oben)

Studie C. Martin et al (Beschwerdebeilage 7)

- "Überlastungsverletzungen im Sport können durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht, Muskelschwäche und -ungleichgewicht, schlechte Ausrüstung, Anzahl der Wiederholungen während des Trainings und der Wettkämpfe und übermäßige Gelenkbelastungen entstehen. Unter allen Risikofaktoren bei überhand Werfen und Schlagen ist bekannt, dass übermäßige Gelenkbelastungen (Kräfte und Drehmomente) ein entscheidender Risikofaktor sind, der zu wiederholten Mikrotraumen führt, die für Verletzungen der oberen Extremitäten verantwortlich sind. (...) Die traumatische Wirkung des Tennisspiels hängt auch mit der Wiederholung der Aufschlagbewegung während der gesamten Wettkampfkariere des Spielers zusammen. (...) Diese Wiederholung von Aufschlag in den Gelenken der oberen Extremitäten bei Tennisspielern kann erklären, warum auf allen Wettkampfebenen im Tennis Überlastungsschäden an den oberen Extremitäten ein häufiges medizinisches Problem sind. Tatsächlich betreffen diese Verletzungen durch Überbeanspruchung nicht nur professionelle Spieler, sondern auch Freizeit- und fortgeschrittene Wettkampfspieler."^{xvii} (Seite 700)
- "Überlastungsschäden werden nicht nur durch eine übermäßige Gelenkkinetik verursacht. Sie können auch durch das Zusammenspiel zwischen der Gelenkkinetik und mehreren Faktoren wie der Anzahl der Wiederholungen entstehen."^{xviii} (Seite 705, erste Spalte, unten)

Studie C. Fu et al (Beschwerdebeilage 8)

- "Der Aufschlag mit supraphysiologischen Kräften durch Schulter und Ellbogen ist der anspruchsvollste Schlag im Tennis. Zu den häufigsten Überlastungsverletzungen im Tennis gehören innere Impingements und Superiore Labrum Anterior-to-Posterior (SLAP)-Risse in der Schulter, Tendinopathie am medialen oder seitlichen Ellenbogen, Tendinitis und Subluxation der Streckmuskelsehne Carpi ulnaris am Handgelenk, Bauchmuskelverspannungen sowie Len-

denverspannungen und degenerative Bandscheibenpathologien."^{xix} (erste Seite)

- "In Übereinstimmung mit der bisherigen Literatur treten akute Verletzungen in der Regel in den unteren Extremitäten auf, während chronische Überlastungsverletzungen häufiger die oberen Extremitäten und den Rumpf betreffen."^{xx} (dritte Seite, zweite Spalte, unten)

6.3 Eine Würdigung der Aktenlage zeitigt die nachfolgenden Ergebnisse.

6.3.1 Beim Bericht von Dr.med. H._____ handelt es sich, wie bereits ausgeführt (vgl. vorstehende Erw. 3.4.2), nicht um ein Gutachten, sondern um eine Beurteilung eines versicherungsexternen Arztes. Dabei ist die Bezeichnung grundsätzlich unerheblich (vgl. vorstehende Erw. 1.5.1). Wichtig ist u.a., dass der Bericht von Dr.med. H._____ in Kenntnis sämtlicher vorinstanzlicher Vorakten abgegeben wurde. Nachdem die Diagnosen, welche insbesondere nach einer Operation konkretisiert wurden, nicht in Frage gestellt wurden, oblag Dr.med. H._____ insbesondere die Beurteilung, ob die vorhandenen Diagnosen einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG entsprechen, und falls ja, ob diese überwiegend wahrscheinlich vorwiegend auf Erkrankung oder Abnützung zurückzuführen ist. Mit diesen streitigen Belangen sowie mit den Vorakten hat sich Dr.med. H._____ in seiner Beurteilung auseinandergesetzt. Dass Dr.med. H._____ hierzu auf die Akten und keine eigenen Untersuchungen abgestellt hat, ist nicht zu beanstanden, nachdem es grundsätzlich um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht (vgl. Urteil BGer 8C_383/2011 vom 9.11.2011 Erw. 4.2 m.w.H.). Die Schlüssigkeit der Beurteilungsergebnisse ergibt sich sodann aus den nachfolgenden Ausführungen.

6.3.2 Die Aussage von Dr.med. I._____, dass der Beweis, dass die Verletzung zu mehr als 50% auf Abnützung basiert, nicht ohne prätraumatische Bildgebung im Sinne eines MRI erbracht werden kann, ist nicht nachvollziehbar. Zum einen ist diese Frage durch den Rechtsanwender zu beurteilen, zum anderen führt die Vorinstanz vernehmlassend zutreffend aus, dass kein voller Beweis der degenerativen Natur der Körperschädigung erforderlich ist. Hinzu kommt, dass das Ereignis, Tennisaufschlag, eher untergeordneter Art ist, weshalb sich dadurch der Entlastungsbeweis der Vorinstanz vereinfacht (vgl. Urteil BGer 8C_22/2019 vom 24.9.2019 Erw. 8.6).

6.3.3 Die Feststellung von Dr.med. H._____, dass der vom Versicherten geschilderte Bewegungsablauf (forcierte Rotationsbewegung unter hoher Energie beim Tennisservice) mit den sich dabei entwickelnden Kräften nicht geeignet ist, ein intaktes Pulley zu schädigen, ist auch unter Berücksichtigung der vom Be-

schwerdeführer eingereichten Studien zu Schulterverletzungen im Zusammenhang mit Tennisspielern nachvollziehbar und begründet. Die auf die Schulter wirkenden Kräfte beim Aufschlag führen durch die vielen Wiederholungen zu einer Überlastung bzw. zu wiederholten Mikrotraumata, welche zu einer Überlastungsverletzung der Schulter führt (vgl. vorstehende Erw. 6.2), wobei 'Verletzung' hier nicht mit unfallkausal gleichgesetzt werden kann. Ist eine Verletzung wiederholten Mikrotraumata des täglichen Lebens zuzuschreiben, welche zu einer allmählichen Abnützung geführt habe, so ist sie als Krankheitsfolge zu betrachten (BGE 134 V 72 Erw. 4.3.2.1). Selbst bei jungen Spielern hängen Schulterbeschwerden gemäss Abrams mit einer subtilen Instabilität zusammen.

In der Studie von Brockmeyer et.al. wird ausgeführt, dass die Ätiologie einer SLAP-Läsionen auch traumatisch bedingt sein kann. Als Verletzungsmechanismus wird ein Sturz auf den ausgestreckten Arm in einer leicht gebeugten und abduzierten Position erwähnt; verursacht durch die Kompressionskraft und Subluxation des Oberarmkopfes nach kranial, sowie Trauma durch eine externe Rotation und Abduktionskraft der Schulter, die oft als BegleitleSIONen angesehen werden. Aber in den meisten Fällen seien SLAP-Läsionen Überlastungsverletzungen. Dr.med. I. _____ führt aus, dass nicht nur SLAP-Läsionen, sondern auch Pulley-Läsionen oder PASTA-Läsionen traumatische Ursachen haben können. Selbst wenn dies so sein sollte, ist aus den Beurteilungen von Dr.med. I. _____ nicht ersichtlich, weshalb dies im konkreten Fall zutreffen sollte. Nachdem vorliegend kein ausserordentlicher Verletzungsmechanismus vorliegt, sprechen überwiegend mehr Indizien dafür, dass es sich bei der Pulley-Läsion um eine sogenannte Überlastungsverletzung handelt, die Pulley-Läsion zu mehr als 50% auf Abnützung oder Erkrankung beruht. Allein die Aussage, dass eine solche Verletzung auch traumatisch bedingt sein kann, vermag daran nichts zu ändern. Dasselbe gilt bei der Aussage, dass jeder Patient individuell verschieden sei.

Auch zu den häufigsten Überlastungsverletzungen im Tennis gehören gemäss den vorerwähnten Studien innere Impingements sowie Tendinitis. Zudem hat Dr.med. H. _____ nachvollziehbar ausgeführt, dass von einem vorgeschädigten Pulley auch aufgrund des ebenfalls diagnostizierten, subacromialen Impingements auszugehen ist, da der verschmälerte Subacromialraum zu einer mechanischen Beanspruchung des Pulley und damit zu einer Abnützung desselben führt.

6.3.4 Die Beurteilung von Dr.med. I. _____ vermag an derjenigen von Dr.med. H. _____ keine Zweifel zu erwecken. Nicht nur erachtet er es wie bereits ausgeführt als schwierig, den Gegenbeweis anzutreten bzw. geltend zu ma-

chen, dass es sich um eine traumatisch bedingte Körperschädigung handelt, sondern er hält auch fest, dass die Pulley-Läsion sowohl traumatisch als auch durch chronische Überbeanspruchung entstehen kann. Er stützt somit (zumindest teilweise) die Beurteilung von Dr.med. H._____. Auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Studien, welche Dr.med. I._____ dem Beschwerdeführer zur Bestätigung seiner Beurteilung zugestellt hat, bestätigen vielmehr die Beurteilung von Dr.med. H._____. Die Vorinstanz hat vernehmlassend die wesentlichen, im konkreten Fall (regelmässiger [Freizeit-] Tennisspieler mit Pulley-Läsion sowie subacromiales Impingements, Zwick beim Aufschlag bzw. Schmerzen beim Tennisspielen) relevanten Aussagen dargelegt und ist den Ausführungen des Beschwerdeführers mit dem richtigen Kontext begegnet, worauf vorliegend verwiesen werden kann (vgl. vorstehende Erw. 6.2). Daraus geht hauptsächlich hervor, dass Tennisspielen häufig die Ursache für chronische Überlastungsverletzungen am oberen Körper wie den Schultern ist und dass die erhöhte Belastung beim Aufschlag vermehrt zu Mikrotraumata führen kann, welche anschliessend eine Schulterverletzung (wie eine Pulley-Läsion) verursachen. Die eben erwähnten Aussagen in den Studien weisen somit angewendet auf den konkreten Fall auf eine chronische Überlastungsverletzung hin. Somit vermögen auch die Ausführungen des Beschwerdeführers mit Bezug auf die Studien keine (nicht einmal geringfügige) Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. H._____ zu erwecken.

6.3.5 Auch Dr.med. K._____ teilt die Ansicht von Dr.med. H._____, dass die diagnostizierten Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur sind. Allerdings stützt er sich in seiner Begründung auf den Krankheitsverlauf. Dabei ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer nach einem verspürten Zwick in der Schulter weiterhin Tennis spielte. Anfänglich sei es sehr schmerzhaft gewesen mit Bewegungseinschränkungen, nach sechs Wochen und mit Einnahme von Schmerzmitteln sei es zu einer Verbesserung gekommen, wobei er nur mit immer wieder einschliessenden Schmerzen weiterhin habe Tennis spielen können (vgl. Vi-act. M4). Der Beschwerdeführer machte sodann gestützt auf einen Bericht des Osteopathen Dr. L._____ (DPT, D.O. Osteopath GDK-CDS SVO-FSO) vom 12. Juli 2017 geltend, dass nach wie vor Einschränkungen in der Abduktion vorlagen. Dr.med. K._____ führte insbesondere aus, dass eine traumatische Rotatorenmanschetten-Ruptur einen typischen Verlauf habe. Ein solches Ereignis führe zu einem deutlichen, oft reissenden Schmerz in der Schulter mit Ausstrahlung in den Oberarm verbunden mit einem Kraft- und Funktionsverlust. Aufgrund der deutlichen Klinik werde sich der Patient in der Regel bald einem Arzt vorstellen. Nach Rückgang des akuten Schmerzens seien aktive, aber auch passive Bewegungseinschränkungen nachweisbar. Nach Rückgang

der subakuten Phase werde sich zunehmend eine passive Steifigkeit einstellen. Beim Beschwerdeführer sei es so gewesen, dass die Symptomatologie unter Schmerzmitteln sukzessive zurückging und der Patient bereits nach sechs Wochen wieder habe Tennis spielen können. Dies spreche gegen eine frische Läsion der Supraspinatussehne (inkl. Infraspinatussehne). Aus dieser Beurteilung lässt sich nicht erkennen, ob Dr.med. K._____ die weiterhin bestehenden Schmerzen des Beschwerdeführers sowie die Abduktion berücksichtigt hat. Sie ist somit nicht ohne weiteres nachvollziehbar und vermag dementsprechend die Beurteilung von Dr.med. H._____ weder zu stützen, noch in Zweifel zu ziehen.

6.3.6 Soweit der Beschwerdeführer mit Bezugnahme auf den Bericht von Dr.med. I._____ geltend macht, sein Alter spreche gegen eine degenerativ oder chronisch geschädigte Rotatorenmanschette, so widerspricht er sinngemäss dem von ihm geltend gemachten Inhalt der Studie von Abrams (vgl. vorstehende Erw. 6.1). Schulterschmerzen konnten demnach bei 50% der Studienteilnehmer mittleren Alters festgestellt werden. Die Rotatorenmanschette war sodann beim älteren Spieler häufiger beteiligt. Allerdings wurde zusammenfassend festgehalten, dass kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Verletzungsrate ausgemacht werden konnte. Somit vermag der Beschwerdeführer auch damit keine Zweifel an der Beurteilung von Dr.med. H._____ zu wecken.

6.3.7 Die weiteren Arztberichte in den Akten haben sich zu den vorliegend streitigen Fragen nicht geäußert bzw. vermögen am Gesagten nichts zu ändern; auch nicht der Umstand, dass Dr.med. H._____ Spezialarzt für Chirurgie und Unfallchirurgie und nicht ein Facharzt Orthopädie / Traumatologie ist (vgl. Urteil BGer 8C_68/2019 vom 22.7.2019 Erw. 4.2.2).

6.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass weder die Beurteilungen von Dr.med. I._____, noch die Vorbringen des Beschwerdeführers auch nur geringe Zweifel an der Richtigkeit der Beurteilung von Dr.med. H._____ unter Berücksichtigung der vorliegenden Aktenlage zu begründen vermögen. Die Einholung eines verwaltungsexternen bzw. gerichtlichen Gutachtens drängt sich somit nicht auf.

7. Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet und ist abzuweisen. Die unbestrittenermassen vorliegende Bandläsion, Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG, ist vorwiegend degenerativ bedingt bzw. auf Abnutzung zurückzuführen, weshalb keine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung besteht.

8.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

8.2 Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. 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).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Dezember 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***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: 3. Januar 2020