

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2019 82

Entscheid vom 16. Januar 2020

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B._____,

gegen

C._____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungspflicht aus Unfall Art. 4 ATSG / Lis-
tendiagnose Art. 6 Abs. 2 UVG)

Sachverhalt:

A. Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 24. Januar 2018 wurde der C._____ AG (C._____) durch die Arbeitgeberin von A._____ (Jg. 1969) mitgeteilt, er sei am 10. August 2017 um 10 Uhr im Schlachthaus D._____ ausgerutscht, hingefallen und habe beim Aufprall den rechten Ellbogen geprellt. Der Arztbesuch sei erst später erfolgt, weil keine Besserung eingetreten sei (Vi-act. A1). Nach anfänglich konservativer Behandlung erfolgte am 7. Januar 2019 bei Diagnose einer hochgradigen Partialruptur des tiefen Extensorensehnenansatzes Epicondylus radialis rechts sowie einer Synovialis eine Extensorensehnen-Rekonstruktion Epicondylus radialis rechts mit Mitek-Anker sowie eine Synovektomie (Vi-act. M6). Am 18. Februar 2019 erfolgte eine Umwandlung in eine Unfallmeldung UVG. Vom Unfall betroffener Körperteil sei Arm/ Ellbogen/ Hand, die eine Prellung erlitten hätten (vgl. Vi-act. A4 und A5).

B. Nachdem die C._____ aufgrund der Bagatellmeldung anfänglich Leistungen erbrachte, teilte sie A._____ am 11. April 2019 mit, es bestehe weder eine Leistungspflicht aus Unfall noch aus unfallähnlicher Körperschädigung (Vi-act. A6). Da A._____ dies nicht akzeptierte (Vi-act. A7 und A8), verfügte die C._____ am 2. Mai 2019, es bestehe kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung (Vi-act. A9). Hiergegen erhob A._____ am 19. Mai 2019 Einsprache (Vi-act. A12). Mit Einspracheentscheid vom 11. September 2019 wies die C._____ die Einsprache ab (Vi-act. A16).

C. Am 14. Oktober 2019 lässt A._____ gegen den Einspracheentscheid vom 11. September 2019 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Unfallversicherungsleistungen zu erbringen.
2. Eventualiter sei die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Am 13. Dezember 2019 reicht die Vorinstanz ihre Akten ein unter Verzicht auf eine Vernehmlassung. Mit Verweis auf den Einspracheentscheid vom 11. September 2019 beantragt sie Abweisung der Beschwerde.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Mit Bagatellmeldung vom 24. Januar 2018 wurde der Vorinstanz ein Unfallereignis des Beschwerdeführers vom 10. August 2017 gemeldet. Gemäss Beschwerdeführer ist dieses ursächlich für die von ihm geklagten und am 7. Januar 2019 operativ behandelten Ellbogen-Beschwerden. Selbst wenn kein Unfallereignis anerkannt werde, bestehe für die Vorinstanz eine Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung. Aufgrund der Bagatellmeldung erbrachte die Vorinstanz Leistungen (Heilbehandlung) formlos. Nach Umwandlung der Bagatellmeldung in eine Unfallmeldung klärte die Vorinstanz ihre Leistungspflicht vertieft ab und teilte dem Beschwerdeführer am 11. April 2019 die Ablehnung ihrer Leistungspflicht formlos mit. Diese ablehnende Haltung wurde mit Verfügung vom 2. Mai 2019 und mit Einspracheentscheid vom 11. September 2019 bestätigt. Hiergegen richtet sich die vorliegende Beschwerde. Mithin ist strittig, ob die Vorinstanz ihre Leistungspflicht für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden Ellbogen rechts zu Recht abgelehnt hat.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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.

Zudem erbringt die Versicherung 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) und ausserdem für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Art. 6 Abs. 3 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem (anerkannten) Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche

oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteile BGer 8C_172/2018 vom 4.6.2018 Erw. 4.2; 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1, BGE 118 V 289 Erw. 1b).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

2.3.1 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

2.3.2 Bei Taggeldern und Heilbehandlung handelt es sich nicht um Dauerleistungen. Der Versicherungsträger kann diese ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc und pro futuro" einstellen, wenn sich herausstellt, dass die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen gar nicht erfüllt sind, etwa weil bei richtiger Betrachtung gar kein versichertes Ereignis vorliegt (BGE 130 V 380 Erw. 2.3.1; Urteile BGer 8C_187/2017 vom 11.8.2017 Erw. 2.3; 8C_176/2016 vom 17.5.2016 Erw. 3.2; 8C_249/2016 vom 1.3.2017 Erw. 3.2).

2.4 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen 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 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 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 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.

2.5.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge 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 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

2.5.2 Auch 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 entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztli-

chen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.5.3 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 des 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 des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.5.4 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. Aktengutachten 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 (Urteile BGer 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3. Strittig ist vorliegend zum einen, ob die Vorinstanz eine Leistungspflicht für Folgen aus einem Unfallereignis trifft, so wie es der Beschwerdeführer geltend macht.

3.1.1 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.

3.1.2 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind 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 blosse Möglichkeit genügt nicht), so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (vgl. Urteil BGer 8C_696/2013 vom 14.11.2013 Erw. 2 mit Hinweisen auf BGE 116 V 140).

Anzufügen ist, dass sich der mangelnde Nachweis eines die Merkmale des Unfalles erfüllenden Ereignisses nur selten durch medizinische Feststellungen ersetzen lässt. Es kommt ihnen im Rahmen der Beweiswürdigung für oder gegen das Vorliegen eines unfallmässigen Geschehens in der Regel nur die Bedeutung von Indizien zu. Auch deckt sich der Begriff des Traumas nicht mit dem Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG (BGE 134 V 72 Erw. 4.3.2.2; Urteile BGer 8C_570/2019 vom 8.11.2019 Erw. 3.2; 8C_225/2019 vom 20.8.2019 Erw. 3.4)

3.1.3 Bei sich widersprechenden Angaben des Versicherten über den Unfallhergang ist auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, daher meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 Erw. 2a; Urteil BGer 8C_139/2019 vom 18.6.2019 Erw. 3.2.2). Der Grundsatz, wonach die ersten Aussagen nach einem schädigenden Ereignis in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, stellt eine im Rahmen freier Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe dar. Sie kann nur zur Anwendung gelangen, wenn von zusätzlichen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile BGer 8C_225/2019 vom 20.8.2019 Erw. 3.3; 8C_622/2017 Urteil vom 16.4.2018 Erw. 2.1; BGE 121 V 45 Erw. 2a mit Hinweisen).

3.2.1 In der Verfügung vom 2. Mai 2019 führte die Vorinstanz aus, aus den ihr vorliegenden medizinischen Akten gehe keinerlei Unfallgeschehen hervor; die Beschwerden seien auf vorbestehende Schmerzen am rechten Ellbogen zurück-

zuführen. Ein Unfallgeschehen, wie es der Beschwerdeführer angebe, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, mithin handle es sich nicht um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG.

3.2.2 Vor Verwaltungsgericht bringt der Beschwerdeführer hiergegen vor, die Vorinstanz blende Akten aus. Es sei ihr am 24. Januar 2018 ein Unfall vom 10. August 2017 gemeldet worden, wonach er ausgerutscht und hingefallen sei und sich beim Aufprall den rechten Ellbogen geprellt habe. Am 30. Oktober 2017 habe er den Hausarzt pract.med. E._____ (FMH Innere Medizin) aufgesucht, der ein Röntgenbild veranlasst und in der Krankengeschichte erwähnt habe, der Beschwerdeführer habe sich den Ellenbogen vor ca. '1 und 3' Wochen angeschlagen. Bei Beschwerdepersistenz habe er den Arzt am 3. Januar 2018 erneut aufgesucht. Diesmal habe der Arzt vermerkt, die Beschwerden bestünden seit 4 Monaten, was mit dem Unfalldatum korrespondiere. Der Vermerk im MRI-Befund vom 10. Januar 2018, wonach kein Trauma in der Anamnese stehe, widerspreche dem KG-Eintrag des Hausarztes, sei daher unbeachtlich. Wegen der Beschwerden sei eine Überweisung an Dr.med. F._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie FMH und Sportmedizin) erfolgt, wobei unklar und nicht nachvollziehbar sei, weshalb der überweisende dipl.med. G._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin) von Beschwerden seit einem Jahr spreche. Dr.med. F._____ habe dann erkannt, dass der Beschwerdeführer an einer Epicondylitis radialis rechts nach Ellbogendistorsionstrauma leide, was schliesslich zum Eingriff vom 7. Januar 2019 geführt habe. Im Operationsbericht werde allerdings fälschlicherweise von einem Beschwerdeverlauf von zwei Jahren gesprochen, was sich jedoch durch die lange Behandlungsdauer begründen lasse. Am 23. Mai 2019 habe Dr.med. F._____ erklärt, der Beschwerdeführer habe nachweislich ein komplexes Distorsions- und Kontusionstrauma des rechten Ellbogens erlitten, das zu einer hochgradigen Partialruptur des tiefen Extensorensehnenansatzes am rechten Ellbogen geführt habe. Mithin stehe fest, dass die medizinische Erstdokumentation von pract.med. E._____ auf jeden Fall von einem Unfall spreche, der KG-Eintrag vom Januar 2018 Bezug auf diesen Unfall nehme. Die Anamnese sei im Nachgang jeweils nicht korrekt geschildert worden, was jedoch nicht gegen die Erstdokumentation spreche. Vielmehr liege klar ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vor, bei welchem sich der Beschwerdeführer die genannten Verletzungen zugezogen habe durch das Ausrutschen und den Sturz mit Anprall des rechten Ellbogens.

3.3 Betreffend des vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ereignisses ergibt sich aus den Akten:

3.3.1 Mit Bagatellunfall-Meldung UVG meldete die Arbeitgeberin am 24. Januar 2018 ein Ereignis vom 10. August 2017, 10 Uhr, im Schlachthaus D._____. Der Beschwerdeführer sei ausgerutscht, hingefallen und habe sich beim Aufprall den rechten Ellbogen geprellt. Es gab weder beteiligte Personen noch beteiligte Gegenstände. Ein Arzt sei erst später aufgesucht worden, weil keine Besserung eingetreten sei. Als Erstbehandler wird Dr.med. F._____ genannt (Vi-act. A1). Die am 18. Februar 2019 erfolgte Unfallmeldung UVG ist gleichlautend, wobei neu als Verletzter Körperteil Arm/Ellbogen/Hand und als Schädigung eine Prellung genannt werden (Vi-act. A5).

3.3.2 Am 16. Januar 2019 teilt pract.med. E._____ der Vorinstanz durch Zustellung eines Auszuges aus der Krankengeschichte mit, er habe den Beschwerdeführer am 30. Oktober 2017 untersucht (Vi-act. M3). Aus dem Verlaufseintrag dieser Sprechstunde ergibt sich unter anderem, dass der Beschwerdeführer neu über Schmerzen im rechten Ellbogen klage. Er habe den proximalen Unterarm zweimal angeschlagen vor ca. 1 und 3 Wochen. Der rechte Ellbogen zeige volle Extension und Flexion, Faustschluss rechts sei schmerzhaft defizitär, leichter prov Schmerz Epicondylitis humeri radialis; Diagn, Tendovaginitis rechter Unterarm Strecker. Der rechte Ellbogen wird geröntgt und hierzu in der Krankengeschichte dokumentiert "minim degen. Abnützung Gelenk, sonst ok".

3.3.3 Zur Sprechstunde vom 3. Januar 2018 wird dokumentiert (Vi-act. M3):

Subjektiv Ellenbogenschmerzen rechts re seit 4 Monaten
Objektiv Diffuse Streuschmerzen im prox Unterarm beim Aktivieren des Flexoren
D: Chronische Epicondylitis rechts

Hierauf veranlasst dipl.med. G._____ ein MRI.

3.3.4 Am 10. Januar 2018 erfolgt auf Zuweisung von dipl.med. G._____ ein MR Ellbogengelenk nativ rechts bei klinischer Angabe: "Chronische Epikondylitis rechts. Kein Trauma in der Anamnese. Konservative Therapie erfolglos. Unauffällige Röntgenaufnahme. Fraktur, sonstige Schäden?" (Vi-act. M2).

3.3.5 Die Besprechung des MR erfolgt am 17. Januar 2018 durch dipl.med. G._____, der den Beschwerdeführer bei Diagnose Epicondylitis lateralis rechts an den Orthopäden Dr.med. F._____ überweist (Vi-act. M3 und M4). Er informiert, der Beschwerdeführer leide an einer Epicondylitis lateralis rechts seit knapp einem Jahr. Die konservative Behandlung sei aus Patientensicht unbefriedigend. KG und Strom würden nicht helfen, Tabletten wolle er keine, Spanne und Bandage trage er ab und zu. Objektiv liege ein Druckschmerz epicondylus lat vor.

3.3.6 Dr.med. F. _____ notiert zur Konsultation vom 19. Januar 2018 "Epicondylitis radialis rechts nach Ellenbogendistorsionstrauma (Vi-act. M5).

3.3.7 Im Operationsbericht vom 7. Januar 2019 hält Dr.med. F. _____ zur Operationsindikation fest, der Beschwerdeführer weise seit zwei Jahren ausgesprochene Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten des Ellenbogens rechts auf nachdem er sich ein Ellenbogendistorsionstrauma zugezogen habe (Vi-act. M6).

3.3.8 Im Arztzeugnis UVG vom 14. März 2019 berichtet Dr.med. F. _____ der Vorinstanz, die Erstbehandlung sei am 24. Januar 2018 erfolgt. Der Beschwerdeführer habe angegeben, sich im Rahmen eines Sturzes ein massives Ellenbogendistorsions- und Kontusionstrauma rechts zugezogen zu haben. In der Folge seien anhaltende Bewegungs- und Belastungsbeschwerden aufgetreten. Gemäss Dr.med. F. _____ liegen ausschliesslich Unfallfolgen vor (Vi-act. M8).

3.3.9 Am 15. Mai 2019 schreibt Dr.med. F. _____ der Vorinstanz (Vi-act. M10):

Oben genannter Patient wurde am 07.01.2019 aufgrund eines traumatisch bedingten Extensorensehnen-Abrisses im Bereich des rechten Ellenbogens operiert. Der Patient hat sich dies bekanntermassen im Rahmen eines Unfalls am 10.08.2017 zugezogen und dies auch als Unfallereignis angemeldet. Die weitere klinische wie auch radiologische Abklärung inklusive MRI bestätigte jeweils den traumatisch bedingten Extensorensehnen-Abriss, weswegen nun eine operative Massnahme erfolgte.

3.3.10 Und am 23. Mai 2019 führt Dr.med. F. _____ in einem weiteren Schreiben an die Vorinstanz aus, der Beschwerdeführer habe sich nachweislich ein komplexes Distorsions- und Kontusionstrauma des rechten Ellenbogens zugezogen, welches zu einer hochgradigen Partialruptur des tiefen Extensorensehnenansatzes am rechten Ellenbogen geführt habe (Vi-act. M12).

3.3.11 In einem Bericht vom 11. Oktober 2019 bekräftigte Dr.med. F. _____ gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, es sei unschwer von einem traumatischen Ereignis mit Extensorensehnenabriss und Verletzung des lateralen Kapselbandkomplexes auszugehen (Bf-act. 3).

3.4 Wie der Beschwerdeführer selber feststellt, enthalten die medizinischen Dokumentationen widersprüchliche Aussagen zur Anamnese resp. einem möglichen Unfallereignis. Auf keinen Fall gilt ein Unfallereignis aufgrund der Dokumentationen als belegt.

Entgegen der beschwerdeführerischen Darstellung vermag der Ersteintrag vom 30. Oktober 2017 ein Unfallereignis vom 10. August 2017 in keiner Weise zu bestätigen. Pract.med. E._____ hält fest, der Beschwerdeführer klagt über Ellenbogenbeschwerden, nachdem er den proximalen Unterarm zweimal angeschlagen habe, nämlich vor einer und vor drei Wochen. Einerseits ist dieser Vermerk exakt (zweimaliges Anschlagen, vor einer und vor drei Wochen) und andererseits weicht der Beschrieb erheblich von der Bagatellunfallmeldung ab (einmaliges Ausrutschen, Hinfallen, beim Aufprall den rechten Ellbogen geprellt). Zu dem am gleichen Tag erstellten Röntgenbild dokumentiert pract.med. E._____ einzig degenerative Abnützung. Der Vermerk nach der ersten Januarsprechstunde, Schmerzen seit vier Monaten, passt sodann mindestens so gut wenn nicht besser zum Ersteintrag als zu einem Unfallereignis anfangs August. Wenn im MRI-Befund vom 10. Januar 2018 unter 'klinische Angaben' ausdrücklich festgehalten ist, die Anamnese weise kein Trauma aus, dann hat dies nicht der Radiologe festgestellt, sondern der überweisende Hausarzt, der den Beschwerdeführer bis dahin behandelt hat. Derselbe Hausarzt überwies den Beschwerdeführer an den Orthopäden mit dem Hinweis, die Beschwerden bestünden seit rund einem Jahr. Ein Trauma wird auch hier nicht genannt. Am 20. Dezember 2018 nennt Dr.med. F._____ zu einer Konsultation vom 19. Januar 2018 (vgl. dass gemäss seinem Arzzeugnis UVG die erste Sprechstunde am 24.1.2018 stattfand; Vi-act. M8), der Beschwerdeführer habe ein Ellenbogendistorsionstrauma erlitten. Zum einen vermögen rechtsprechungsgemäss medizinische Feststellungen ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG nicht zu belegen, sie stellen höchstens Indizien dar (vgl. oben Erw. 3.1.2). Zum andern wird hier von einem Distorsionstrauma gesprochen, was dem Unfallbeschrieb gemäss Unfallmeldung mit einem Ellbogen-Anprall auch nicht entspricht. Erst am 14. März 2019 spricht Dr.med. F._____ dann von einem Ellenbogendistorsions- und Kontusions-trauma. Auf ein eigentliches Unfallgeschehen geht er aber nicht weiter ein.

Damit aber hat die Vorinstanz zu Recht festgestellt, aus den medizinischen Akten gehe keinerlei Unfallgeschehen hervor. Tatsächlich ist ein Unfallgeschehen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Daran ändert nichts, dass die Vorinstanz aufgrund der Bagatellmeldung vorerst Leistungen - formlos - erbracht hat. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet, soweit der Beschwerdeführer Versicherungsleistungen infolge eines Unfalles gemäss Art. 4 ATSG fordert.

4. Scheidet eine Leistungspflicht der Vorinstanz als Folge eines Unfalles aus, bleibt zu prüfen, ob sie wegen Vorliegens einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG aufgrund einer unfallähnlichen Körperschädigung Leistungen zu erbringen hat.

4.1.1 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), 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 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.).

4.1.2 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.

4.1.3 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 aArt. 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 versicherten 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 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).

4.2 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich - namentlich in der Begründung, die diagnostizierten Körperschädigungen seien vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen, weshalb keine Leistungspflicht aus ei-

ner Listendiagnose nach Art. 6 Abs. 2 UVG bestehe - auf die Beurteilung ihrer beratenden Ärzte Dr.med. I. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie) vom 28. März 2019 sowie Dr.med. J. _____ (FMH Chirurgie) vom 3. September 2019 ab. Es ist damit 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.; VGE I 2019 27 Erw. 6.1; vorstehend Erw. 2.5.2).

4.3 Zu den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden Ellbogen rechts ergibt sich aus den medizinischen Akten:

4.3.1 Die erste dokumentierte Behandlung wegen Ellbogenbeschwerden rechts erfolgte bei pract.med. E. _____ am 30. Oktober 2017 (Vi-act. M1 und M3; vgl. oben Erw. 3.3.2). Das gleichentags erstellte Röntgen zeigte minime degenerative Abnützung eines ansonsten gesunden Gelenkes. Extension und Flexion waren voll möglich; der Faustschluss rechts schmerzhaft defizitär; leichter prov. Schmerz Epicondylitis humeri radialis. Schliesslich dokumentierte er eine Tendovaginitis rechter Unterarm Strecker.

4.3.2 Anlässlich der Sprechstunde vom 3. Januar 2018 werden diffuse Streuschmerzen im proximalen Unterarm beim Aktivieren des Flexoren notiert und als Diagnose eine Chronische Epicondylitis rechts dokumentiert (Vi-act. M3; oben Erw. 3.3.3). Zudem wurde ein MRI veranlasst.

4.3.3 Am 10. Januar 2018 erfolgte ein MR Ellbogengelenk nativ rechts (vgl. oben Erw. 3.3.4):

Befund

Kein Knochenmarksödem. Erhaltene Artikulation im abgebildeten Gelenken. Ausgedünnter Knorpelbezug zentral am Capitulum radii bzw. der korrespondierenden Kontaktfläche des Capitulum humeri. Etwas weniger ausgeprägte, dennoch über 50% vorliegende Chondropathie am Olekranon und weniger der Trochlea humeri. T2fs Signalveränderung im Ansatzbereich des lateralen Kollateralband Komplexes. Bänder (inklusive LUCL) in ihrer Kontinuität erhalten. Vergleichbare Signalveränderungen auch am Ansatzbereich der Extensoren (unmittelbar kranial des Band Komplexes), mit einem intratendinösen Substanzdefekt ansatznah. Medialer Kollateralband Komplex unauffällig. Keine Auffälligkeiten an den periartikulären Weichteilen.

Beurteilung

- Laterale Epikondylopathie mit einem intratendinösen Substanzdefekt ansatznahe. Mitbeteiligung des lateralen Kollateralbandkomplexes.
- Moderate Chondropathie, insbesondere humeroradial.

4.3.4 Am 17. Januar 2018 erfolgte die Überweisung des Beschwerdeführers an den Orthopäden bei Diagnose (u.a.) Epicondylitis lateralis rechts. Diese bestehe seit knapp einem Jahr. Die konservative Behandlung sei aus Sicht des Beschwerdeführers unbefriedigend (Vi-act. M4).

4.3.5 Im Verlaufsbericht vom 20. Dezember 2018 informiert Dr.med. F. _____ die Vorinstanz über die verschiedenen Konsultationen (Vi-act. M5):

Konsultation 19.01.2018

Epicondylitis radialis rechts nach Ellenbogendistorsionsstrauma

Befunde

F/E 150-0-0°, deutliche Druckschmerzen im Bereich des Epicondylus radialis rechts.

MRI: Ellenbogen rechts: Epicondylitis radialis.

Procedere

Es erfolgte eine Ellenbogeninfiltration und physiotherapeutische Kräftigungs- und Stretching-Therapie.

Konsultation 14.02.2018

Auf die durchgeführte physiotherapeutische Behandlung inkl. Spritze zeigt sich eine deutliche Beschwerdebesserung.

Befunde

Freie Ellenbogenbeweglichkeit. Am 14.02.2018 keine Schmerzen nachweisbar.

Procedere

Zum jetzigen Zeitpunkt nochmalige Fortsetzung der Physiotherapie zur Erhaltung des Ergebnisses.

Konsultation 28.03.2018

Aktuell erneute leichte Beschwerden. Auf die physiotherapeutische Behandlung zeigt sich jeweils eine deutliche Beschwerdebesserung. Die Beweglichkeit ist frei. Die Physiotherapie wird fortgesetzt.

Konsultation 23.11.2018

Erneute massive Schmerzen von Seiten des rechten, lateralen Ellenbogens.

Klinisch zeigt sich eine ausgeprägte Epicondylitis radialis rechts mit lokaler Schwellung.

Die F/E beträgt 150-0-0°, eine Instabilität ist nicht nachweisbar.

Procedere

Aufgrund der erneuten massiven Beschwerden, trotz Physiotherapie und nach Infiltration, wird nun eine operative Ellenbogenrevision mit Extensorensehnenrekonstruktion empfohlen. Ein voraussichtlicher OP-Termin wurde auf den 07.01.2019 vereinbart.

4.3.6 Am 7. Januar 2019 erfolgte die Extensorensehnen-Rekonstruktion Epicondylus radialis rechts mit Mitek Anker sowie eine Synovektomie bei Diagnose "Hochgradige Partialruptur des tiefen Extensorensehnenansatzes Epicondylus radialis rechts" und Synovialitis (Vi-act. M6). Zur Indikation führte Dr.med. F. _____ aus:

Der Patient weist seit 2 Jahren ausgesprochene Bewegungs- und Belastungsbeschwerden von Seiten des Ellenbogens rechts auf nachdem er sich ein Ellenbo-

gendistorsionsstrauma zugezogen hatte. Die weitere klinische wie auch radiologische Abklärung zeigte hierbei eine Partialruptur im Bereich des Epicondylus radialis, so dass initial eine konservative Therapie gestartet wurde. Bei Persistenz der Beschwerden wurde nun die Indikation zur Ellenbogenrevision gestellt. Der Patient wurde hierbei über die Operation, mögliche intra- und postoperative Komplikationen und Risiken aufgeklärt und willigte schriftlich in die Operation ein.

Zum Eingriff dokumentierte Dr.med. F. _____:

... Eingehen auf den Epicondylus radialis und sukzessive Darstellung des Extensorensehnenansatzes. Während der oberflächliche Extensorensehnenansatz intakt ist, zeigt sich nach Eingehen über die kranialen Sehnenanteile an die tiefe Extensorensehne bzw. Extensorensehnenansatzschicht eine hochgradige Partialruptur mit Synovialitis. Es erfolgt zunächst eine Synovektomie, anschliessend die Resektion der hochgradig eingerissenen tiefen Extensorensehnenansatzschicht mit anschliessender Anfrischung des Epicondylus radialis. Hier wird ein Mitek-Anker G2 gesetzt und die tiefen Extensorensehnen an den Epicondylus radialis rekonstruiert. ...

4.3.7 Am 14. März 2019 stellte Dr.med. F. _____ ein Arzzeugnis UVG aus. Der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen eines Sturzes ein massives Ellenbogendistorsions- und Kontusionstrauma rechts zugezogen und in der Folge unter anhaltenden Bewegungs- und Belastungsbeschwerden gelitten. Es bestehe eine leichtgradige Schwellung von Seiten des rechten Ellenbogens, die F/E betrage 150-0-0°, massive Schmerzen über dem Epicondylus radialis; die periphere Sensomotorik und Durchblutung sei ohne Befund. Betreffend Röntgen/MRI notiert er Ellbogen rechts: Epicondylitis radialis bei Extensorensehnenpartialruptur. Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor. Die Behandlung sei noch nicht abgeschlossen (Vi-act. M8).

4.3.8 Am 27. März 2019 nahm der beratende Arzt Dr.med. I. _____ zuhanden der Vorinstanz Stellung (Vi-act. M9). Mittels MR sei eine Partiaalläsion der Extensorensehnen nachgewiesen worden; anlässlich der Operation sei die hochgradige Partialruptur des tiefen Extensorensehnenansatzes im Bereich des Epicondylus radialis rechts mit begleitender Synovialitis bestätigt worden. Mithin liege eine Listendiagnose im Sinne eines Sehnteileinrisses vor.

Dr.med I. _____ verweist auf das Überweisungsschreiben vom 17. Januar 2018 (vgl. oben 4.3.4) sowie den MR-Befund vom 10. Januar 2018 (vgl. oben Erw. 3.3.4 und 4.3.3). Dr.med. F. _____ habe am 19. Januar 2018 eine Infiltration im Bereich des Ellenbogens durchgeführt und Physiotherapie angeordnet, was im Verlauf eine Besserung der Beschwerden gezeigt habe. 10 Monate nach Infiltration sei bei erneut massiven Schmerzen eine weitere Konsultation erfolgt und die Indikation zur Operation gestellt worden (vgl. oben 4.3.5). Aufgrund dieser Vorgeschichte sei die Listendiagnose vorwiegend auf Abnützung / Erkrankung zurückzuführen. Die Signalalteration und degenerativen Veränderungen die

anlässlich des MRTs des rechten Ellbogengelenkes nachgewiesen worden seien, würden für eine degenerative/krankheitsbedingte Ursache der Listendiagnose sprechen. Ebenso der zeitliche Verlauf der Beschwerden und auch die die oberen Extremitäten betreffende starke Belastung (Metzger) würden auf ein degenerativ bedingtes Leiden hindeuten.

4.3.9 Mit Schreiben vom 15. Mai 2019 und 23. Mai 2019 sprach sich Dr.med. F._____ gegenüber der Vorinstanz für eine Unfallursache aus (Vi-act. M10 und M12). Der Beschwerdeführer sei aufgrund eines traumatisch bedingten Extensorensehnen-Abrisses operiert worden, den er sich nachweislich im Rahmen eines Unfalles vom 10. August 2017 zugezogen habe. Die klinische und radiologische Abklärung bestätige jeweils den traumatisch bedingten Extensorensehnen-Abriss. Der Beschwerdeführer habe sich nachweislich ein komplexes Distorsions- und Kontusionstrauma des rechten Ellenbogens zugezogen, das zu einer hochgradigen Partialruptur des tiefen Extensorensehnenansatzes geführt habe. Es sei unzweifelhaft anzunehmen, dass der Unfall zum genannten Schaden geführt habe.

4.3.10 Nach Einsicht in die medizinischen Akten und die CD mit der MRI-Untersuchung des rechten Ellenbogens vom 10. Januar 2019 [recte 10.1.2018] bestätigte Dr.med. J._____ am 3. September 2019, dass eine Listendiagnose, eine partielle Sehnenruptur, vorliege (Vi-act. M11). Auf die von der Vorinstanz gestellten Fragen führte er sodann aus:

2. Wenn ja, ist die Listenverletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen? Bitte ausführlich begründen.

Falls ein Unfallereignis gemäss Art. 4 ATSG als bewiesen gelten könnte:

Es handelt sich vorwiegend um eine abnutzungsbedingte Erkrankung. Gemäss Unfallmeldung vom 24.01.2018 erlitt der Versicherte ein Sturzereignis mit Kontusion des rechten Ellenbogens am 10.08.2017. In der Folge klagte er über anhaltende Schmerzen. Arztbesuch offenbar am 30.10.2017 wegen rechtsseitigen Ellenbogenschmerzen. Eine Röntgenaufnahme gleichen Datums zeigt minime arthrotische Veränderungen im Radiokarpalgelenk und eine Sklerosierung am Epikondylus humeri radialis. Im MRI-Bericht des Spital Lachen vom 10.01.2018 betreffend dem rechten Ellenbogen wird vermerkt, dass als Zuweisungsdiagnose eine chronische Epikondylitis radialis rechts ohne Trauma in der Anamnese vorliege. In einem Überweisungsbericht des Arztes Dr. G._____ vom 17.01.2018 an Dr. F._____, Orthopädische Chirurgie, wird angegeben, dass eine Epikondylitis lateralis rechts seit 1 Jahr vorliege. Im Operationsbericht von Dr. F._____ vom 07.01.2019 wird unter Indikation vermerkt, dass die schmerzhafte rechtsseitige Ellenbogenproblematik seit 2 Jahren bestehe. Diese Angaben lassen darauf schliessen, dass die im Vordergrund stehende Epikondylalgie bereits vor dem Ereignis vom 10.08.2017 bestanden hat. Es gilt zudem zu vermerken, dass Epikondylalgien praktisch immer auf degenerative Veränderungen im Ansatzbereich der Strecksehnen des Handgelenkes zurückzuführen sind im Sinne einer Enthesiopathie

welche auch aus eigener Dynamik heraus partielle Sehnenrupturen verursachen kann. Eine blosser Kontusion des lateralen Ellenbogenbereiches ist nicht geeignet, eine chronische Epikondylalgie zu verursachen ohne dass nicht vorgängig bereits erhebliche degenerative Veränderungen vorhanden sind. In diesem Zusammenhang verweise ich auf die ausführliche Monographie der SUVA, verfasst von Dr. Bär, welche diese Sachverhalte bestätigt. Aus biomechanischer Sicht ist es zudem nicht möglich, dass durch ein Kontusionsereignis des lateralen Ellenbogens eine partielle Sehnenruptur resultiert. Ich kann deshalb die Stellungnahme von Dr. I. _____ vom 27.03.2019 voll unterstützen.

3. Steht die geltend gemachte Symptomatik am rechten Ellbogen aufgrund der uns zur Verfügung stehenden Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit oder nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 10.08.2017? Bitte ausführlich begründen.

Falls ein Unfallereignis gemäss Art. 4 ATSG angenommen würde, kann die vorliegende Symptomatik am rechten Ellenbogen aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen lediglich mit dem Beweisgrad der Möglichkeit als unfallkausal bezeichnet werden. Dies schon aus biomechanischer Sicht, da eine direkte Kontusion des Ellenbogens nicht geeignet ist eine partielle Sehnenruptur zu verursachen. Andererseits lassen sich im MRI deutliche Zeichen einer Enthesiopathie nachweisen.

4. Wirken - sofern die Beschwerden am rechten Ellbogen als Folgen des genannten Ereignisses noch mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar sind - auch Krankheiten, krankhafte Vorzustände oder andere unfallfremde Zustände oder Folgen früherer Unfälle mit? Wenn ja, welche und in welchem prozentualen Ausmass? Wenn ja, um welche?

Eine direkte Kontusion des Ellenbogens mag für einige Wochen bis 2 Monaten zu lokalen Beschwerden führen. Darüberhinausgehende Beschwerden sind aber dem Vorzustand anzulasten im Sinne einer Enthesiopathie, die gemäss Aktenlage bereits vor dem Ereignis vom 10.08.2017 bestanden hat.

5. Per wann war oder ist mit einem Status quo sine quo ante zu rechnen?

Ein Status quo sine ist spätestens 2 bis 3 Monate nach dem Ereignis anzunehmen.

4.3.11 Zuhanden des Rechtsanwaltes erklärte Dr.med. F. _____ am 11. Oktober 2019, der Substanzdefekt der Extensorensehne lasse sich unschwer als traumatischer Abriss der Extensorensehne erklären. Falls dies nicht ausreiche, lasse sich anhand des MRI auch die Verletzung des lateralen Kapselbandkomplexes nachweisen, das ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sei. Es sei daher unschwer von einem traumatischen Ereignis mit Extensorensehnenabriss und Verletzung des lateralen Kapselbandkomplexes auszugehen (Bf-act. 3).

4.4.1 Es wird seitens Vorinstanz bestätigt, dass mit der Operationsdiagnose "Hochgradige Partialruptur des tiefen Extensorensehnenansatzes Epicondylus radialis rechts" eine Listendiagnose vorliegt im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG.

Damit besteht für die Vorinstanz eine Leistungspflicht, soweit sie nicht nachzuweisen vermag, dass die eingetretene Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (vgl. oben Erw. 4.1).

4.4.2 Für die Leistungspflicht aus unfallähnlicher Körperschädigung reicht das Vorliegen einer Listendiagnose aus; insbesondere braucht ein äusseres Ereignis nicht nachgewiesen zu werden. Dennoch ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers (vgl. oben Erw. 4.1.3).

Ein eigentliches Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG liegt nicht vor (vgl. oben Erw. 3). Mit Bagatellunfallmeldung vom 24. Januar 2018 wird ein Ausrutschen, Hinfallen und Anprellen des rechten Ellbogens am 10. August 2017 als Ereignis genannt (Vi-act. A 1). In der Krankengeschichte notiert der erstbehandelnde Arzt ein zweimaliges Anschlagen des proximalen Unterarms innert drei Wochen (vgl. oben Erw. 3.3.2). Weitere Ereignisse werden keine genannt.

Alle drei genannten Ereignisse bleiben wenig bestimmt und erscheinen untergeordneter Art. Sie haben alle drei gemeinsam, dass von einer Prellung des Ellbogens die Rede ist. Auch der Beschwerdeführer selbst verweist einzig auf das mit der Bagatellunfallmeldung genannte Ereignis, wonach der rechte Ellbogen beim Hinfallen geprellt worden sei. Anhaltspunkte für ein Distorsionstrauma, von dem Dr.med. F. _____ spricht, bestehen keine. Entgegen seiner Darstellung, der Beschwerdeführer habe 'nachweislich' ein komplexes Distorsions- und Kontusionstrauma des rechten Ellbogens erlitten (vgl. oben Erw. 3.3.10), bestehen keine erhärteten Hinweise für ein derartiges initiales Geschehen. Damit aber kommt den möglichen Ereignissen insgesamt nur wenig Gewicht zu, wenn es darum geht, eine Ursache für die Ellbogenbeschwerden darzustellen.

4.4.3 Die beratenden Ärzte der Vorinstanz weisen überzeugend darauf hin, dass die medizinische Dokumentation einerseits wenig für eine traumatische Genese hergibt, der dokumentierte Verlauf und die Befunde andererseits stark auf Abnutzung/Erkrankung hinweisen. So trifft zu, dass in der Erstbehandlung nicht auf das vermeintliche Ereignis vom August 2017 hingewiesen wurde, dass das Röntgen vom 30. Oktober 2017 degenerative Abnutzung des Gelenkes zeigte, dass am 3. Januar 2018 eine chronische Epicondylitis rechts diagnostiziert wurde, dass in der klinischen Angabe zum MRI ein Trauma in der Anamnese ausgeschlossen wurde, dass im Bericht zur Überweisung an den Orthopäden von einem knapp einjährigen Verlauf die Rede war und dass auch im Operationsbericht von einer

seit zwei Jahren bestehenden Beschwerdeproblematik geschrieben wurde. Auch war der Beschwerdeführer nach einer Ellenbogeninfiltration und physiotherapeutischem Kräftigungs- und Stretching-Therapie schmerzfrei, so dass während mehreren Monaten keine Arztkonsultation dokumentiert ist. Mit den Unterlagen übereinstimmend ist ebenso die Feststellung, dass neben dem Röntgenbild vom 30. Oktober 2017 auch das MRI vom 10. Januar 2018 degenerative Veränderungen zeigte. Zusätzlich weisen die versicherungsinternen Beurteilungen auf die starken Belastungen hin, welchen die oberen Extremitäten des Beschwerdeführers in seinem Beruf ausgesetzt sind. All diese Erwägungen der zwei beratenden Ärzte stimmen mit den vorliegenden Akten überein und sind überzeugend.

4.4.4 Nachvollziehbar und schlüssig führt Dr.med. J. _____ mit Verweis auf die Literatur aus, Epikondylalgien seien praktisch immer auf degenerative Veränderungen im Ansatzbereich der Strecksehnen des Handgelenkes zurückzuführen im Sinne einer Enthesiopathie, die auch aus eigener Dynamik heraus partielle Sehnenrupturen verursachen können (vgl. auch Bär/Kiener, Epikondylitis ist keine Berufskrankheit, in Med. Mitteilungen Suva Nr. 72, S. 69 ff.). Im Urteil BGer 8C_49/2017 vom 28.2.2017 Erw. 3.3 folgte das Bundesgericht einer medizinischen Beurteilung, wonach eine chronische Epikondylopathie mit einer partiellen oder gar vollständigen Extensorensehnenruptur an ihrem Ansatz am Epikondylus einhergehen und zusätzlich im weiteren Verlauf auch das laterale Kollateralband mit degenerativem Prozess mitbeteiligt und teillädiert sein könne. Damit spricht auch der Verweis von Dr.med. F. _____ auf die Verletzung des lateralen Kapselbandkomplexes nicht für eine überwiegend wahrscheinliche traumatische Genese. Überzeugend ist schliesslich die Beurteilung von Dr.med. J. _____, eine Ellbogen-Kontusion - wie sie in allen drei möglichen initialen Ereignissen beschrieben wird - sei nicht geeignet, eine chronische Epikondylalgie zu verursachen, ohne dass nicht vorgängig bereits erhebliche degenerative Veränderungen vorhanden seien. Rein aus biomechanischer Sicht sei es nicht möglich, dass durch ein Kontusionsereignis des lateralen Ellenbogens eine partielle Sehnenruptur resultiere.

4.4.5 Dr.med. F. _____ betont wohl stets, es sei unzweifelhaft, dass ein Unfall die Beschwerden verursacht habe. Er begründet indes nicht ansatzweise, inwiefern die Klinik und das MRI klarerweise eine traumatische Genese des Extensorensehnen-Abrisses bestätigen würden und weshalb Ursache nicht Abnutzung resp. Erkrankung ist. Er spricht von einem 'nachweislichen' Distorsionstrauma, ohne jedoch jemals genau auf ein Ereignis einzugehen. Er zeigt kein Unfallgeschehen auf und begründet nicht, inwiefern dieses geeignet war, die Beschwerden zu verursachen. Wohl verweist er auf den Unfall vom 10. August 2017, wel-

cher der
Vorinstanz gemeldet worden sei. Dabei wurde jedoch kein Distorsionstrauma erwähnt, sondern ein Anprall des Ellbogens. Eine Grundlage für eine Distorsion besteht nicht. In seinen verschiedenen Eingaben wiederholt Dr.med. F._____, es sei unschwer von einem traumatischen Ereignis auszugehen. Allerdings unterlässt er es, Gründe hierfür zu nennen, aufzuzeigen, woran die traumatische Genese so unschwer zu erkennen ist. Auch nimmt er nie Bezug auf die versicherungsinternen Beurteilungen und er zeigt nie auf, inwiefern diese fehlerhaft sein könnten. Letztlich bleibt es bei seiner unbegründeten Aussage, die Diagnose lasse sich unschwer als traumatischer Abriss der Extensorensehne erklären. Die entsprechende Erklärung bleibt er jedoch durchwegs schuldig. Damit kann seiner medizinischen Einschätzung nicht gefolgt werden. Er vermag keine auch nur geringen Zweifel an den überzeugenden, alle medizinischen Unterlagen berücksichtigenden Beurteilungen der versicherungsinternen Fachärzte zu erwecken.

4.5 Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Die versicherungsinternen Beurteilungen sind nachvollziehbar und schlüssig. Die Berichte von Dr.med. F._____ vermögen keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Andere von den versicherungsinternen Beurteilungen abweichende fachärztliche Berichte liegen keine vor und werden auch vom Beschwerdeführer keine eingebracht. Es besteht auch keine Veranlassung, die Sache für weitere Abklärungen zurück zu weisen oder ein gerichtliches Gutachten in Auftrag zu geben. Mit den versicherungsinternen Beurteilungen vermag die Vorinstanz den geforderten Nachweis rechtsgenügend zu erbringen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden Ellbogen rechts, die zur Operation vom 7. Januar 2019 führten, vorwiegend auf Abnutzung und Erkrankung zurückzuführen sind. Sie hat damit ihre Leistungspflicht zu Recht verneint.

5. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG); Anspruch auf Parteientschädigung besteht keiner (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, 16. Januar 2020

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 6. Februar 2020