

BL_GERICHTE 725 2011 328 / 114 vom 27. April 2011

BL Gerichte, 2011-04-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2011_328_114

FR: BL_GERICHTE 725 2011 328 / 114 du 27 avril 2011

IT: BL_GERICHTE 725 2011 328 / 114 del 27 aprile 2011

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 2

Zunächst ist über den Antrag des Beschwerdeführers in seiner Eingabe vom 23. April 2012, wonach in verfahrensrechtlicher Hinsicht vor der Urteilsberatung eine Parteiverhandlung, eventualiter ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen sei, zu befinden. 2.1.1 Gemäss Art. 6 Ziff. 1 EMRK ist in Streitigkeiten über "zivilrechtliche Ansprüche und Verpflichtungen" eine (mündliche) öffentliche Verhandlung durchzuführen, sofern die Parteien nicht ausdrücklich oder stillschweigend darauf verzichten. Weil die Parteien auch stillschweigend auf ihren Anspruch auf eine mündliche öffentliche Verhandlung verzichten können, haben sie in jenen Verfahren, für die das anwendbare Prozessrecht eine solche nicht zwingend vorschreibt, einen dahingehenden Verfahrensantrag zu stellen; unterlassen sie dies, wird angenommen, sie hätten auf ihren Anspruch aus Art. 6 Ziff. 1 EMRK verzichtet (vgl. BGE 127 I 44 E. 2e/aa; Näheres bei Ruth Herzog, Art. 6 EMRK und kantonale Verwaltungsrechtspflege, Bern 1995, S. 350 ff.). Liegt ein entsprechender Antrag vor, so kann unter anderem dann ausnahmsweise doch von einer öffentlichen Verhandlung abgesehen werden, wenn er nicht frühzeitig genug gestellt worden ist, als schikanös erscheint oder auf eine Verzögerungstaktik schliessen lässt und damit dem Grundsatz der Einfachheit und Raschheit des Verfahrens zuwiderläuft oder gar rechtsmissbräuchlich ist (vgl. BGE 122 V 47 E. 3b S. 56). Ausser Frage steht die Rechtzeitigkeit des Antrags auf Durchführung einer öffentlichen Gerichtsverhandlung, wenn dieser bereits in der das betreffende Verfahren einleitenden Rechtsschrift gestellt wurde (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 25. September 2009, 8C_67/2007, E. 3.1). Als rechtzeitig wurde weiter ein Antrag betrachtet, der zwar nicht bereits in der Beschwerdeschrift, sondern erst in einer anschliessenden Eingabe, aber noch innerhalb des ordentlichen Schriftenwechsels gestellt und im Rahmen der Replik bekräftigt worden war (vgl. Urteil vom 18. April 2007, I 98/07, E. 4.1). Demgegenüber beurteilte das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; heute Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) einen Antrag als verspätet, der mehr als 14 Monate nach Abschluss des Schriftenwechsels, aber noch während der Rechtshängigkeit des betreffenden Verfahrens gestellt wurde (vgl. Urteil vom 23. November 2004, 116/03, E. 1 sowie Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 2C_391/2008, mit weiteren Hinweisen). 2.1.2 Vorliegend wurde der ordentliche Schriftenwechsel mit Schreiben vom 5. März 2012 abgeschlossen. Darin wurde den Parteien angezeigt, dass das Kantonsgericht am 3. Mai 2012 eine Urteilsberatung durchführt. Da der Beschwerdeführer seinen Antrag auf Durchführung einer Parteiverhandlung erst mit Eingabe vom 23. März 2012 und damit gestützt auf die

vorstehenden Ausführungen verspätet stellte, kann dem Verfahrens Antrag nicht stattgegeben werden. 2.2.1 Weiter hat der Rechtsvertreter des Versicherten in seiner Eingabe vom 23. April 2012 eventualiter die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels beantragt. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin weiche in ihrer Beschwerdeantwort von den Tatsachen und den geltend gemachten Ansprüchen ab, sodass eine Klarstellung seitens des Beschwerdeführers erforderlich sei. 2.2.2 Nach der Praxis des Bundesgerichts steht einer Partei im Sinne eines Teilgehalts des verfassungsmässigen Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) ein Anspruch auf Replik zu. Demnach müssen die Verfahrensparteien über eingegangene Stellungnahmen beziehungsweise Vernehmlassungen orientiert werden und die Möglichkeit zur Replik haben. Ein weiterer Schriftenwechsel ist aber nicht unbedingt anzuordnen: Es genügt, neu eingegangene Eingaben den Verfahrensbeteiligten zur Kenntnisnahme zuzustellen. Wünscht eine Partei, sich dazu zu äussern, hat sie dies unverzüglich zu tun (Urteil des Bundesgericht vom 24. Mai 2011, 8C_35/2011, E. 2). 2.2.3 Im vorliegenden Fall hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das Gesuch um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels mit Eingabe vom 23. April 2012, mithin gut vier Monate nach Zustellung der Beschwerdeantwort vom 5. Dezember 2011 resp. knapp sieben Wochen nach Zustellung der Stellungnahme der SUVA vom 1. März 2012 sowie der Anzeige der Urteilsberatung beantragt. Unter diesen Umständen hätte die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels zu einer Verfahrensverzögerung geführt, weshalb das Begehren als verspätet zu betrachten ist. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer dem Gericht mit Eingaben vom 15. Dezember 2011, 10. Januar 2012, 30. Januar 2012 und 23. April 2012 unaufgefordert weitere Unterlagen einreichte resp. ergänzende Ausführungen zur Streitsache machte. Damit hatte er hinreichend Gelegenheit, sich zu äussern. Auch mit Blick auf das Gebot auf Beurteilung innert angemessener Frist ist unter diesen Umständen ein Anspruch auf einen doppelten Schriftenwechsel zu verneinen.

E. 3

Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene

Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG). Nach Art. 6 Abs. 2 UVG kann der Bundesrat Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalls ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Von dieser Kompetenz hat der Bundesrat in Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 Gebrauch gemacht und verschiedene Körperschädigungen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt.

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt - unter anderem - voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 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 (Max Kummer ,

Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). Während im Zivil- und Strafverfahren die richterliche Überzeugung grundsätzlich auf dem vollen Beweis gründet, hat die rechtsanwendende Behörde im Sozialversicherungsrecht ihren Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 5

Zur Beurteilung der umstrittenen Fragen sind folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

E. 5.1

Im Bericht der erstbehandelnden Ärzte des Klinikums C. vom 24. Juli 2010 erlitt der Versicherte eine Prellung der LWS und eine Distorsion der HWS.

E. 5.2

Am 9. August 2010 diagnostizierte Dr. med. E., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ein Schleudertrauma der HWS. Es bestünde kein Menengismus und die Hirnnerven seien unauffällig. Röntgologisch bestünde kein Hinweis auf eine Fraktur.

E. 5.3

Dr. med. F., FMH Neurologie, diagnostizierte am 29. November 2010 einen Status nach Sturz auf Rücken und Hinterkopf mit Contusio capitis und einem HWS-Distorsions- und Rückenkontusionstrauma am 24. Juli 2010. Die anfänglichen Beschwerden hätten aus Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen sowie Schmerzen am rechten Arm und vor allem am Ellenbogen bestanden. Bisher seien Massagen und Wärmeanwendungen verordnet worden und er mache Selbstübungen sowie Krafttraining. Medikamente nehme er - abgesehen von Aspirin bei Bedarf - nicht mehr ein. Im Verlauf hätten sich die Beschwerden verbessert. Dr. F. bestätigte ein unfallbedingtes zervikales Schmerzsyndrom. Es bestünden degenerative Veränderungen auf den Niveaus C3/4 und C4/5. Rein klinisch könne kein sicherer pathologischer Befund (mehr) erhoben werden. Auffallend sei einzig die aktiv eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit dem dabei auftretenden Tremor, wobei Letzterer eher funktional zu werten sei. Eine differentialdiagnostisch zu erwägende Dystonie sei höchst unwahrscheinlich. Unter Berücksichtigung des Resultats der MRI-Untersuchung seien die anhaltenden Nackenbeschwerden nicht erklärbar. Einer Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von 50% mit baldiger Steigerung auf 100% stehe nichts im Wege. Die aktuelle Physiotherapie sei bis Ende 2010 fortzusetzen. Wegen der Gefahr eines Medikamentenübergebrauch-Kopfwehs sei der Analgetikakonsum zu reduzieren. Eine neurologische Kontrolle sei bei Bedarf durchzuführen.

E. 5.4

Am 10. Januar 2011 hielt Dr. E. fest, dass der Versicherte am medialen Ellenbogen links Schmerzen aufweise. In der Folge diagnostizierte er eine Epikondylitis ulnaris humeri.

E. 5.5

Im Bericht vom 31. Januar 2011 führte Dr. D. aus, der Versicherte gebe zum Unfallhergang an, von einem Tritt abgerutscht und rückwärts auf den Rücken und Nacken gestürzt zu sein.

Er habe sich mit beiden Armen abgestützt. In der Folge seien Schmerzen im Bereich der HWS, der LWS und beider Ellenbogengelenke aufgetreten. Beim Versicherten bestünden zufolge des Unfalls vom 24. Juli 2010 eine Prellung der LWS, eine Zerrung der HWS, eine Prellung der Ellenbogen beidseits und eine beidseitige posttraumatische Epikondylitis ulnaris humeri. Die Arbeitsfähigkeit sei bis aus weiteres vollständig eingeschränkt.

E. 5.6

Im versicherungsmedizinischen Bericht vom 5. April 2011 hielt Dr. med. G. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die Beschwerden an den Ellenbogen mit Sicherheit unfallfremd seien. Der Versicherte habe sie erstmals anlässlich des neurologischen Konsiliums bei Dr. F. , vier Monate nach dem Unfallereignis, erwähnt. Da diese Beschwerden in den vorangegangenen ärztlichen Berichten nicht erwähnt worden seien, könne eine Unfallkausalität mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ferner habe der Versicherte ausgesagt, dass er auf den Rücken und den Hinterkopf gestürzt sei, wodurch er sich aber nicht mit beiden Händen habe abstützen können. Eine Verletzung der Ellenbogen resp. der Nervi ulnaris seien echtzeitlich weder nachgewiesen noch vom Versicherten in der Erstberichterstattung genannt worden. Hinsichtlich der HWS liege ein Schmerzsyndrom aufgrund degenerativer Veränderungen vor.

E. 5.7

Im Bericht des Klinikums C. vom 25. Mai 2011 wurde festgehalten, aus unfallchirurgischer Sicht sei die diagnostizierte Epikondylitis humeri ulnaris nicht eindeutig auf das Unfallereignis zurückzuführen. Hierfür seien ein direktes Trauma im Bereich des medialen Ellenbogens mit ausgeprägtem Hämatom und direkte posttraumatische Schmerzen erforderlich. Solche Umstände würden sich aus den Akten nicht eruieren lassen. Allenfalls sei eine Begutachtung durchzuführen.

E. 5.8

Im Bericht vom 30. Januar 2012 wiederholte Dr. D. die bereits am 31. Januar 2011 gestellten Diagnosen. Er führte weiter aus, dass die Versicherungen Anfragen betreffend Verletzungen der HWS in zeitlichem Zusammenhang mit dem Unfall stellen würden. 6.1. Im angefochtenen Einspracheentscheid ging die SUVA gestützt auf das neurologische Konsilium von Dr. F. vom 29. November 2010 und den versicherungsmedizinischen Bericht von Dr. G. vom 5. April 2011 davon aus, dass die geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich der HWS zwar teilweise organisch imponieren bzw. klinisch fassbar seien, organische Substrate im Sinne traumatischer struktureller Veränderungen jedoch fehlen würden. In der Folge liess sie die Frage nach einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 24. Juli 2010 letztlich aber offen, da es ihres Erachtens ohnehin an einem adäquaten Kausalzusammenhang fehle. Dieses Vorgehen der Vorinstanz, die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang nicht abschliessend zu beantworten, ist dann nicht zu beanstanden, wenn die Adäquanz in der Tat zu verneinen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2009, 8C_438/2009, E. 3.2). Darauf ist im Folgenden näher einzugehen. 6.2 Um eine Leistungspflicht des Unfallversicherers begründen zu können, muss zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

6.3 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb). Als objektivierbar gelten Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, welches eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann deshalb von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (für viele: Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Diese Untersuchungsmethoden müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 ff. mit Hinweisen).

6.4 Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen) wie folgt zu differenzieren: Hat die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, einen äquivalenten Verletzungsmechanismus oder ein Schädel-Hirntrauma, dessen Folgen sich mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (BGE 117 V 382 E. 4b), erlitten und liegt in der Folge das für diese Verletzung typische bunte Beschwerdebild vor (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw., vgl. BGE 119 V 338 E. 1), so ist die Adäquanz nach Massgabe der in BGE 117 V 359 ff. entwickelten und mit BGE 134 V 109 ff. modifizierten (vgl. die nachfolgende E. 7) Grundsätze zu prüfen. Liegt kein Unfall mit einem Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung vor oder fehlt es nach einer solchen Verletzung an dem hierfür typischen bunten Beschwerdebild, so hat die Adäquanzbeurteilung psychischer Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien zu erfolgen. Der Unterschied besteht darin, dass bei Unfällen mit einem Schleudertrauma der HWS oder einer äquivalenten Verletzung auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (BGE 134 V 117 E. 6.2.1, 117 V 367 E. 6a in fine), währenddem bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (BGE 115 V 140 E. 6c/aa).

7.1 Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ist erstellt, dass der Versicherte am 24. Juli 2010 eine Distorsion der HWS erlitten hat, wobei keine objektivierbaren strukturellen Veränderungen festzustellen sind. Nach den Angaben des Versicherten anlässlich der Besprechung mit einem Mitarbeiter der SUVA vom 30. August 2010 (Act. 4) sei er nach dem Unfallereignis nicht

bewusstlos gewesen. Er habe sich hingelegt und sei nach einer halben Stunde weiter gefahren. Er habe nun Nackenbeschwerden und vermehrt Kopfschmerzen. Ein Schwindelgefühl verspüre er nicht. Da aufgrund der vorliegenden Akten keine der obgenannten Beschwerden, wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, eine rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression oder auch Wesensveränderungen echtzeitlich nachgewiesen sind, ist das Vorliegen eines typischen Beschwerdebildes zu verneinen. Bei dieser Sachlage ist es sachgerecht und zu Recht nicht beanstandet worden, dass die SUVA die Adäquanzprüfung nach den Regeln von BGE 115 V 113 durchgeführt hat.

7.2. Ob die geklagten Beschwerden noch adäquat kausale Unfallfolgen sind, hat der Unfallversicherer beim Fallabschluss zu prüfen. Das Bundesgericht hat sich in BGE 134 V 109 E. 3 und 4 zum Zeitpunkt des Fallabschlusses geäußert. Demnach sind Heilbehandlung und Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3). Wenn eine entsprechende Verbesserung nicht erwartet werden kann, ist der Fall abzuschliessen. Nachdem Dr. F. in seinem Bericht vom 29. November 2010 die Fortsetzung der Physiotherapie bis Ende 2010 und eine Reduktion des Analgetikakonsums befürwortete, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die SUVA die Adäquanzprüfung vorgenommen hat.

7.3 Nach BGE 115 V 133 ff. setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall voraus, dass dem Unfallereignis eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung der Unfälle in drei Gruppen zweckmässig erscheint: banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 138 E. 6). Während bei leichten bzw. banalen Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Folgen bei schweren Unfällen in der Regel zu bejahen. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 140 E. 6c/aa) zu nennen: • besonders dramatische

Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; • die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; • ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; • körperliche Dauerschmerzen; • ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; • schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; • Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. 7.4 Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Das trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, der zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht wird. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs. 8.1 Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung [RKUV] 1999 Nr. U 335 S. 207 E. bb), nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht. Dieser Grundsatz gilt sowohl in Bezug auf die Adäquanzbeurteilung bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 8 S. 27 E. 5.3.1) als auch bei Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2008, 8C_536/2007, E. 6.1). Nach der Darstellung des Beschwerdeführers ereignete sich der Unfall vom 24. Juli 2010 wie folgt: Beim Versuch, einen Bremsschlauch seines LKWs zu reparieren, rutschte er auf einem nassen Tritt aus, stürzte aus einer Höhe vom circa einem Meter rückwärts und prallte mit Rücken und Kopf auf dem Boden auf. Darauf sei er benommen liegengeblieben. Der Vorinstanz ist beizupflichten, dass dieser Unfall aufgrund einer objektivierten Betrachtungsweise nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2008, 8C_798/2007, E. 4.1). Dies wird denn auch vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Frage gestellt. 8.2 Geht man von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen aus, müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder eines der relevanten Adäquanzkriterien (vgl. E. 7.3 hiervor) in besonders ausgeprägter oder aber mehrere dieser Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein (Urteile des Bundesgerichts vom 31. März 2009, 8C_987/2008, E. 5.2, und vom 16. Mai 2008,

8C_726/2007, E. 4.3.2.1). 8.2.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist objektiv zu beurteilen. Nicht massgebend ist demnach das subjektive Empfinden bzw. das von der versicherten Person verspürte Angstgefühl (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Der Sturz des Beschwerdeführers war objektiv betrachtet weder von besonderer Eindrücklichkeit noch liegen besonders dramatische Begleitumstände vor, weshalb der Versicherte dieses Kriterium nicht zu erfüllen vermag. 8.2.2 In Bezug auf die Schwere oder die besondere Art der erlittenen Verletzungen ist festzustellen, dass das Bundesgericht in BGE 134 V 127 E. 10.2.2 präzisierend festgehalten hat, dass die Diagnose eines Schleudertraumas der HWS dieses Kriterium nicht alleine begründen kann. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Verletzungsbild typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Dabei kann es sich beispielsweise um eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten Komplikationen handeln (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3). Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein. Solche Umstände liegen nach den vorliegenden Akten nicht vor, weshalb dieses Kriterium ebenfalls zu verneinen ist. 8.2.3 Auch das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist zu verneinen, da neben der aktenkundigen Physiotherapie, den Massagen, den Wärmeanwendungen, dem Krafttraining und den verordneten Analgetika sowie den Untersuchungen beim behandelnden Arzt keine weiteren ärztlichen Behandlungen erfolgten. 8.2.4 Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist aufgrund der Individualität des Schmerzempfindens subjektiv geprägt und deshalb zu objektivieren. Adäquanzrelevant können nur in der Zeit zwischen den fraglichen Unfällen und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein, wobei sich die Erheblichkeit nach den glaubhaft dargelegten Schmerzen und insbesondere der Beeinträchtigung, welche die versicherte Person wegen dieser Beschwerden im Lebensalltag erfährt, beurteilt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Nach dem Bericht von Dr. F. vom 29. November 2010 schilderte der Beschwerdeführer im Wesentlichen Kopfschmerzen und linksbetonte Nackenschmerzen, welche sich nach den Massagen kurzfristig gebessert und sich belastungsabhängig wieder verstärkt hätten. Aufgrund dieser glaubhaften Angaben kann das Kriterium der Dauerbeschwerden vorliegend als erfüllt gelten. Nachdem die Beschwerden nicht dauernd gleich stark vorhanden sind, kann jedoch nicht von einer besonderen Ausprägung dieses Kriteriums gesprochen werden. 8.2.5 Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, sind keine ersichtlich. 8.2.6 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008, 8C_726/2007, E. 4.3.2.6 und vom 20. Juni 2008, 8C_554/2007, E. 6.7). Solche Gründe sind aus den ärztlichen Unterlagen nicht ersichtlich. Insbesondere kann aus dem Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine nachhaltige Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden konnte, noch nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden (Urteil des Bundesgericht vom 20. April 2009, 8C_928/2008, E. 4.4). 8.2.7 Nachdem gemäss den glaubhaften Angaben im Bericht von Dr. F. vom 29. November 2010 eine Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von 50% mit baldiger Steigerung auf 100% nichts im Wege steht, fällt auch das Kriterium des Grads und

der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ausser Betracht. Die von Dr. D. ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vermögen die begründete Einschätzung von Dr. F. nicht in Zweifel zu ziehen. 8.3 Zusammenfassend kann somit höchstens eines der sieben Kriterien (körperliche Dauerschmerzen) als erfüllt betrachtet werden, wobei dieses jedoch weder in besonders ausgeprägter Form noch in auffallender Weise besteht. Die Beschwerdegegnerin hat demnach den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 24. Juli 2010 und den vom Versicherten über den 30. April 2011 hinaus geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich der HWS zu Recht verneint. Bei diesem Ergebnis kann, wie oben ausgeführt (vgl. E. 6.1 hiervor), die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und diesen Nacken- und Sehbeschwerden ausdrücklich offen bleiben. 9.1 Weiter ist die Unfallkausalität zwischen dem Unfallereignis und den geklagten Beschwerden im Bereich der Ellenbogen zu prüfen. Während sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, die Beschwerden stünden im Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall vom 24. Juli 2010, hielt die SUVA fest, dass eine unfallbedingte Schädigung der Ellenbogen echtzeitlich nicht hinreichend dokumentiert und deshalb von nicht versicherten degenerativen Beschwerden auszugehen sei. 9.2. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass eine unfallbedingte Ellenbogenverletzung weder im Bericht des Klinikums C. vom 24. Juli 2010, noch aus der Schadenmeldung UVG vom 27. Juli 2010 (Act. 1) noch im dem Bericht von Dr. E. vom 9. August 2011 noch im Rapport anlässlich eines Telefonats mit dem Beschwerdeführer am 30. August 2010 (Act. 4) oder im Zwischenbericht von Dr. E. vom 4. Oktober 2010 (Act. 15) erwähnt wurde. In den vorliegenden medizinischen Unterlagen werden die Beschwerden im Bereich der Ellenbogen erstmals im Bericht von Dr. F. vom 29. November 2010 erwähnt. Selbst wenn mit dem Beschwerdeführer davon ausgegangen würde, dass die undatierte Verfahrensakte Nr. 20 und der darin enthaltene Hinweis auf das Aufschlagen des Ellenbogens echtzeitlich erstellt worden sind, ändert dies nichts an der Tatsache, dass eine unfallbedingte Schädigung der Ellenbogen medizinisch nicht echtzeitlich dokumentiert ist. So wies Dr. G. im versicherungsmedizinischen Bericht vom 5. April 2011 überzeugend darauf hin, dass die Beschwerden an den Ellenbogen erstmals vier Monate nach dem Unfall angegeben wurden und aus diesem Grund mit Sicherheit unfallfremd seien. Auch im Bericht des Klinikum C. vom 25. Mai 2011 wurde festgehalten, aus unfallchirurgischer Sicht sei die diagnostizierte Epikondylitis humeri ulnaris nicht eindeutig auf das Unfallereignis zurückzuführen. Daran vermögen die Berichte von Dr. D. vom 31. Januar 2011 und 30. Januar 2012 nichts zu ändern, da auch diese nicht echtzeitlich erstellt worden sind. Demnach ist in Würdigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerden im Bereich der Ellenbogen nicht auf das Unfallereignis vom 24. Juli 2010 zurückzuführen sind. 9.3 Im vorliegenden Fall lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu, weshalb auf die beantragte zusätzliche medizinische Abklärung verzichtet werden kann. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Eine solche antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher

Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

E. 10

Zu prüfen ist, ob eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt. Als tatbestandsmässige Gesundheitsschädigung gelten gemäss Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 die in lit. a bis h aufgeführten Körperschädigungen, auch wenn sie nicht durch einen ungewöhnlichen äusseren Faktor verursacht worden sind. Die Liste der den Unfällen gleichgestellten Körperschäden ist abschliessend, weshalb Erweiterungen durch Analogieschlüsse unzulässig sind (vgl. BGE 116 V 139 f. E. 4 a und 147 E. 2 b, 114 V 302 E. 3; ALFRED BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in: SZS 1996 S. 81 ff.). Es handelt sich gemäss Art. 9 Abs. 2 UVV um: a) Knochenbrüche, b) Verrenkungen von Gelenken, c) Meniskusrisse, d) Muskelrisse, e) Muskelzerrungen, f) Sehnenrisse, g) Bandläsionen und h) Trommelfellverletzungen. Nachdem vorliegend gemäss den medizinischen Unterlagen keine der genannten Verletzungen diagnostiziert wurde, entfällt auch unter dem Aspekt einer unfallähnlichen Körperschädigung eine Leistungspflicht der SUVA. 11.1 Zu prüfen ist schliesslich, ob die gemeldeten Beschwerden aus der diagnostizierten Epikondylitis humeri ulnaris unter dem Titel einer Berufskrankheit einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung begründen. Gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, als Berufskrankheiten. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Im entsprechenden Anhang 1 zur UVV sind sogenannte "Golferellenbogen" nicht aufgeführt. In Betracht fällt als Anspruchsgrundlage somit einzig Art. 9 Abs. 2 UVG. Demnach gelten als Berufskrankheiten andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen können, dass die bundesrätliche Liste gemäss Anhang 1 zur UVV entweder einen schädlichen Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde. Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des "stark überwiegenden" Zusammenhangs erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 119 V 201 E. 2b mit Hinweis). Im Rahmen von Art. 9 Abs. 2 UVG ist grundsätzlich in jedem Einzelfall darüber Beweis zu führen, ob die geforderte stark überwiegende (mehr als 75%ige) bis ausschliessliche berufliche Verursachung vorliegt (BGE 126 V 189 E. 4b). An die Annahme einer Berufskrankheit sind relativ strenge Anforderungen zu stellen. Verlangt wird, dass die versicherte Person für eine gewisse Dauer einem typischen Berufsrisiko ausgesetzt war. Die einmalige gesundheitliche Schädigung, die gleichzeitig mit der Berufsausübung eintritt, genügt nicht. Für die Beurteilung der Exposition (oder Arbeitsdauer) ist die gesamte ausgeübte Berufstätigkeit zu berücksichtigen (BGE 126 V 186 E. 2b mit Hinweisen). 11.2. Der Bestand einer Epikondylitis ulnaris humeri wurde erstmals von Dr. E. am 10. Januar 2011 diagnostiziert. Bei der Epikondylitis handelt es sich um einen erworbenen, schmerzhaften Reizzustand der Sehnenansätze von Muskeln des Unterarms, die an den beiden Knochenvorsprüngen oberhalb des Gelenkknorrens (Epikondylen) am distalen Teil des Oberarmknochens entspringen (aus: Wikipedia; vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Epicondylitis>). Die Epikondylitis ulnaris humeri im Sinne eines "Golferellenbogen" als Unterform verursacht einen Druckschmerz an der

Ursprungszone der Finger und Handflexoren (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin New York 2007, S. 540). Der Beschwerdeführer macht geltend, die Epikondylitis humeri ulnaris sei ein Gesundheitsschaden, der typischerweise bei Lastwagenfahrern auftrete, weil diese die Ellenbogen über eine lange Dauer massiv belasten würden. Er vermag indessen nicht rechtsgenügend nachzuweisen, dass die Epikondylitis humeri ulnaris ausschliesslich oder stark überwiegend durch seine berufliche Tätigkeit verursacht worden ist. Insbesondere lassen sich aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen keine Aussagen entnehmen, welche verlässlich den Schluss auf eine mindestens 75%ige Verursachung des Leidens durch die Berufstätigkeit gestatten würden. Unter diesen Umständen besteht kein Anlass zu weiteren Abklärungen. Die Annahme einer Berufskrankheit ist vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen.

E. 12

Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, dass die SUVA die Versicherungsleistungen mangels Adäquanz des Kausalzusammenhanges per 30. April 2011 eingestellt und hinsichtlich der geltend gemachten Ellenbogenbeschwerden ihre Leistungspflicht abgelehnt hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann. 13.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 13.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. Dezember 2011 die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter des Versicherten weist in seiner Honorarnote vom 23. April 2012 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 14,33 Stunden und Auslagen von insgesamt Fr. 65.20 aus, was angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 180.-- zu entschädigen. Dem Beschwerdeführer ist demnach ein Parteientschädigung in der Höhe von 2'856.80 (14,33 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 65.20 und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'856.80 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Gegen diesen Entscheid wurde von A. am 10. August 2012 Beschwerde beim Bundesgericht (seine nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_598/2012) erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.