

BL_GERICHTE 725 22 107 / 321 vom 13. Oktober 2022

BL Gerichte, 2022-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_22_107___321

FR: BL_GERICHTE 725 22 107 / 321 du 13 octobre 2022

IT: BL_GERICHTE 725 22 107 / 321 del 13 ottobre 2022

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Gemäss Beschwerdeschrift vom 25. März 2022 befand sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 25. März 2022 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Versicherten. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 2. März 2022 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2). 3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG 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 Unfalls 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 Verdiensts. 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. 3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit,

Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 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. 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Für eine Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers muss zwischen dem 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 Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2010, 8C_626/2010, E. 5; BGE 112 V 30 E. 1b).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei

Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2015, 8C_294/2015, E. 3.2 mit Hinweisen). 4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind.

6.2 Dem Bericht von Dr. med. G.____, FMH Neurochirurgie, vom 4. Dezember 2020 ist zu entnehmen, dass beim Versicherten seit mehreren Jahren ein multifokales Schmerzsyndrom mit im Vordergrund stehenden Lumbalgien sowie Schmerzen im rechten Ellenbogen bestünden. Im Verlauf der Jahre seien (deswegen) multiple konservative Therapieversuche mit Medikamenteneinnahme und Infiltrationen erfolgt. Das Schmerzsyndrom scheine nach dem Sturz vom 16. November 2020, vor allem im rechten Ellenbogenbereich, exazerbiert zu sein. Eine orthopädische Abklärung sei angezeigt.

6.3 Am 25. Februar 2021 diagnostizierte Dr. C.____ einen Status nach Refixierung der distalen Bizepssehne rechts (Operation vom 8. Dezember 2020). In der Verlaufskontrolle habe der Versicherte über eine gute Funktion des rechten Ellenbogens berichtet. Es bestünden eine rückläufige Schwellung über der rechtsseitigen Mittelhand sowie deutliche Beschwerden im Bereich der Schulter, welche jedoch schon vorbestehend gewesen seien. Die aktive Beweglichkeit des Ellenbogens sei frei und die Beugung gegen Widerstand zeige eine gute Sehnen- und Muskelspannung, ebenso die Supination des Unterarms gegen Widerstand. Es seien noch relativ deutliche muskuläre Dysbalancen vorhanden, was nach längerer Ruhigstellung in einer Oberarmschiene völlig normal sei. Die Belastung sollte nach Möglichkeit gesteigert werden. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50%.

6.4 Am 19. April 2021 führte Dr. C.____ aus, dass der Versicherte aktuell über Beschwerdefreiheit im Bereich des Ellenbogens berichte. Er habe aber seit der Operation anhaltende Beschwerden im Bereich der rechten Schulter. Die Beweglichkeit des rechten Ellenbogens sei frei. Es zeichne sich ein schöner Muskelbauch des Oberarms ab. Beugung und Streckung gegen Widerstand seien kräftig und ohne Beschwerden möglich. Bei diesem sehr erfreulichen Ergebnis bestünde ab dem 20. April 2021 wieder eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Die Ergotherapie könne beendet werden. Die Physiotherapie für die rechte Schulter sollte aber fortgeführt werden. Eine Abklärung der rechten Schulter bei einem Spezialisten sei zu befürworten.

6.5 Am 10. Mai 2021 erfolgte im Zentrum H.____ ein Arthro-MRI der rechten Schulter. Im Bericht vom 11. Mai 2021 wurden eine transmurale Ruptur der anterioren und ein bursaseitiger Einriss der posterioren Supraspinatussehne, ein Knochenmarksödem des anterioren Tuberculum majus, sehr kleine gelenksseitige Einrisse der Infrapinatussehne, eine beginnende Omarthrose und eine aktivierte AC-Gelenksarthrose festgestellt.

6.6 Am 19. Mai 2021 diagnostizierte Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne links nach Treppensturz am 16. November 2020. Eine arthroskopische Rekonstruktion der Supraspinatussehne sei zu empfehlen.

6.7

Am 1. Juli 2021 hielt Dr. med. J.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, fest, dass der Versicherte nach dem operativen Eingriff eine deutliche Verspannung in der Schultergürtelmuskulatur sowie im Ellenbogen rechts entwickelt habe. In der Untersuchung zeige sich eine starke Druckdolenz über die Musculi trapezius, infraspinatus und supraspinatus mit leichter Epicondylitis lateralis rechts. Aufgrund der starken Schmerzen im Schultergürtelbereich sei wiederholt eine Schulteranästhesie durchgeführt worden. Es würden sich weiterhin Tendinopathien der Supraspinatussehne sowie eine leichte Epicondylitis zeigen. Die Weiterführung der Physiotherapie sei zu empfehlen. 6.8 Die SWICA beauftragte Prof. Dr. D.____ mit einem orthopädischen Aktengutachten. Am 24. Juli 2021 hielt er fest, dass der Versicherte am 16. November 2020 auf der Treppe ausgerutscht sei und sich dabei am rechten Arm verletzt habe. Im MRT vom 1. Dezember 2020 sei eine vollständige Ruptur der distalen Bizepssehne mit Retraktion um circa 1,5 cm festgestellt worden. Am 8. Dezember 2020 sei die Refixierung der distalen Bizepssehne erfolgt. Am 19. April 2021 habe der behandelnde Arzt Dr. C.____ berichtet, dass im Bereich des Ellenbogens Beschwerdefreiheit erreicht und seit dem 20. April 2021 wieder von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Zudem habe er erstmals auf Schulterbeschwerden hingewiesen. Im Bericht des Zentrums H.____ vom 11. Mai 2021 seien eine transmurale Ruptur der anterioren und ein bursaseitiger Einriss der posterioren Supraspinatussehne, ein Knochenmarksödem des anterioren Tuberculum maius, sehr kleine gelenkseitige Einrisse der Infraspinatussehne, eine beginnende Omarthrose und eine aktivierte AC-Gelenksarthrose festgestellt worden. Am 19. Mai 2021 sei dann eine Arthroskopie der rechten Schulter mit Bursektomie, Adhäsionslyse subakromial und Akromioplastik vorgenommen worden. Bereits im Bericht der Klinik K.____ vom 4. Dezember 2020 sei über ein chronisches multifokales Schmerzsyndrom mit Lumbalgien sowie therapierefraktäre Schmerzen an beiden Ellenbogen rechts mehr als links berichtet worden. Aufgrund der Zeitnähe, der beschriebenen Funktionseinschränkungen, der distalen Sehnenruptur und des Operationssitus sei davon auszugehen, dass die Ellenbogenbeschwerden mit Ruptur der langen Bizepssehne rechts - trotz vorbestehender Beschwerden - überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt seien. Die Behandlung sei aber beendet. Demgegenüber seien die Schulterbeschwerden rechts überwiegend wahrscheinlich vorbestehend. Die Rupturformen der Sehnenrisse und der zeitliche Ablauf würden gegen einen Unfall sprechen. Das Ödem könne degenerativer oder traumatischer Genese sein. Das Nichtvorliegen einer fettigen Degeneration und der Operationssitus würden nur möglicherweise für eine traumatische Genese sprechen. Die Beschwerden in der LWS seien sicher vorbestehend. 6.9 Am 25. August 2021 diagnostizierte Dr. I.____ einen Status nach Arthroskopie der rechten Schulter mit Bursektomie, subakromialer Adhäsionslyse und Akromioplastik am 5. Juli 2021 bei intratendinöser Partialläsion der Supraspinatussehne, posttraumatischen Adhäsionen subakromial mit Bursitis, Capsulitis, Tendinitis der langen Bizepssehne in der rechten Schulter nach Treppensturz am 16. November 2020. Zwischenzeitlich sei es zu einem deutlichen Beschwerderückgang gekommen. Es bestünde aber noch ein Reizzustand subakromial, welcher möglicherweise auf posttraumatische Vernarbungen zurückzuführen sei. 6.10 Am 20. September 2021 diagnostizierte Dr. C.____ einen Status nach Refixierung der distalen Bizepssehne am 8. Dezember 2020 und einen Verdacht auf ein posttraumatisches Supinatorlogensyndrom. Der Versicherte berichte seit dem Unfall vom 16. November 2020 über anhaltende krampfartige Beschwerden im Bereich des beugeseitigen Unterarms. Mit der Funktion der refixierten distalen Bizepssehne

sei er sehr zufrieden. Diesbezüglich habe er keine Einschränkungen. Seit dem Unfall seien vermehrt Kribbelparästhesien und Sensibilitätsstörungen der ersten drei Finger der rechten Hand aufgetreten. Er habe ein dauerhaft vermindertes Gefühl im Bereich der rechten Hand. Die Formveränderungen der Muskulatur seien Folge des Unfalls vom 16. November 2020. Die vermehrten krampfartigen Beschwerden würden auf eine zusätzliche funktionelle Problematik hindeuten. Es seien neurologische Abklärungen durchzuführen. 6.11 Im Bericht vom Dr. J.____ vom 29. Oktober 2021 wurde festgehalten, dass der Versicherte über ein neu aufgetretenes Taubheitsgefühl in zwei Fingern rechts berichte. Zudem bestünden Schmerzen im Schulter- und Ellenbogenbereich. Objektiv bestünde eine Epicondylitis lateralis rechts. Es würden Injektionsbehandlungen durchgeführt. 6.12 Am 23. November 2021 berichtete Dr. C.____, dass die neurografische Untersuchung am rechten Arm keine Auffälligkeiten gezeigt habe. Sonographisch würden sich Unregelmässigkeiten im Bereich der Unterarmmuskulatur zeigen. Hinweise für eine definitive Irritation des dort verlaufenden Nervs hätten jedoch nicht erhoben werden können. Auf handchirurgischem Gebiet könne eine höhergradige Problematik ausgeschlossen werden. Der Befund nach Refixierung der distalen Bizepssehne rechts sei regelrecht und sehr gut. Aus handchirurgischer Sicht bestünde keine Arbeitsunfähigkeit. 6.13 Am 7. Dezember 2021 diagnostizierte Prof. Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, an der rechten Schulter einen Verdacht auf ein Thoracic outlet-Syndrom (TOS), differentialdiagnostisch am ehesten muskulär mit persistierender Bizepstendinopathie LBS mit/bei Status nach subacromialer Dekompression mit Acromioplastik am 5. Juli 2021 bei intratendinöser Partiaalläsion der Supraspinatussehne, posttraumatischen Adhäsionen subacromial mit Bursitis, Capsulitis und Tendinitis der langen Bizepssehne rechts nach Treppensturz am 16. November 2020 und am rechten Ellenbogen eine unklare Atrophie der Flexorenmuskulatur ohne Flexorensehnenabriss sowie einen Verdacht auf ein Supinator Syndrom mit/bei Status nach Refixierung der distalen Bizepssehne rechts am 8. Dezember 2020 bei distaler Bizepssehnenruptur am 16. November 2020 und einen Verdacht auf ein posttraumatisches Supinatorlogensyndrom rechts. Bezüglich der Schulter zeige der Versicherte eine persistierende Problematik der langen Bizepssehne. Hier sei eine Bizepsstenodese zu empfehlen. Betreffend das Einschlafen des Arms bei Abduktion sollte durch einen Neurologen ein TOS ausgeschlossen werden. In Bezug auf den Ellenbogen zeige sich eine unklare Atrophie der Ellenbogenflexoren-Muskulatur. Die Sehnen seien gemäss MRI nicht rupturiert. Es sei eher nicht von einer neurogenen Muskelatrophie auszugehen. Die Beschwerden seien eher medialseitig als lateralseitig lokalisiert. Die distale Bizepssehne sei schön eingehellt. Es sei zu empfehlen, die Supinatorloge und den Medianus nochmals zu untersuchen. 6.14 Am 16. März 2022 hielt der behandelnde Arzt Dr. F.____ fest, die Untersuchung zeige einen Druckschmerzfokus etwas unterhalb vom medialen Epicondylus in Richtung Sulcus ulnaris und lateral vom Olekranon, ohne dass kursorisch eine mit dem MRI (vom 3. Dezember 2021) korrelierende ursächliche Struktur-Pathologie aufgezeigt werden könnte. Der postoperative Status zeige intakte und gute Ergebnisse. Die aktuellen Beschwerden könnten hiermit nicht erklärt werden. Hinsichtlich der rechten Schulter müsse aufgrund des Verlaufs eine primär mechanische (und nicht eine entzündliche) Schmerzursache vermutet werden. Im Vordergrund stünden eine Tendinopathie der langen Bizepssehne und die sonographisch aufgezeigte ansatznahe SSP-Läsion. 6.15 Am 25. März 2022 führte Dr. F.____ aus, der Versicherte berichte von einem seit dem Unfall persistierenden Ellenbogenschmerz rechts. Ein Teil der Beschwerden werde auch im

Bereich des Olekranons beidseits angegeben. Hier zeige sich im Seitenvergleich eine Asymmetrie der proximalen Beugemusculatur. Zudem bestünde eine Taubheit in zwei Fingern. Der Versicherte berichtete von einem deutlichen Leidensdruck bei eingeschränkter Funktion. Es müsse eine Lösung gefunden werden. Geplant sei eine Ultraschall-Untersuchung und eine Rücksprache mit dem Handchirurgen.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen ihr beratender Arzt Prof. Dr. D.____ am 24. Juli 2021 gelangt war. Sie ging in der Folge davon aus, dass die Beschwerden am rechten Ellenbogen unfallkausal seien, die diesbezügliche Behandlung aber am 19. April 2021 abgeschlossen worden war und die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und der LWS unfallfremd seien. Dieses Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt zwar dem Bericht eines beratenden Arztes des Versicherungsträgers nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Ein solcher Bericht ist aber soweit zu berücksichtigen, als keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen von Prof. Dr. D.____ zu zweifeln. Dieser setzte sich in seiner fachärztlichen Stellungnahme mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und nahm eine schlüssige Beurteilung der medizinischen Sachlage vor. Es wird deutlich, dass die Rupturformen der Sehnenrisse und der zeitliche Verlauf, das Nichtvorliegen einer fettigen Degeneration sowie der Operationssitus überwiegend wahrscheinlich gegen eine Unfallkausalität der Schulterbeschwerden sprechen. Hinsichtlich der unfallbedingten Ellenbogenbeschwerden ging er gestützt auf die Erkenntnisse des behandelnden Arztes Dr. C.____ vom 19. April 2021 (vgl. E. 6.4 hiervor), davon aus, dass im Bereich der unstrittig unfallkausalen Ellenbogenbeschwerden Beschwerdefreiheit und ab dem 20. April 2021 wieder eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit bestand. Zwar ist die Beurteilung von Prof. Dr. D.____ eher kurz und knapp gefasst. Entscheidend ist aber, dass er alle vorhandenen Arztberichte berücksichtigt und gewürdigt hat. Für die Annahme, dass dies nicht der Fall wäre, liegen jedenfalls keinerlei Anhaltspunkte vor. Abweichende ärztliche Einschätzungen, die seine Beurteilung in Frage zu stellen vermöchten, sind ebenfalls nicht ersichtlich. Insgesamt erfüllt die Expertise die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis, weshalb darauf abzustellen ist.

7.2.1 Was der Versicherte in seiner Beschwerde vorbringt, verfängt nicht. Soweit er zunächst den Beweiswert der Expertise von Prof. Dr. D.____ vom 24. Juli 2021 als eingeschränkt erachtet, weil diese (lediglich) anhand der Akten verfasst worden sei, ist darauf hinzuweisen, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen ist. 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 Sachverhalts 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 sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Eine

solche Konstellation liegt hier vor. Prof. Dr. D.____ hatte gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten hauptsächlich zu beurteilen, ob die rechtsseitigen Ellenbogen- und Schulter- sowie die LWS-Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens teilweise in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 16. November 2020 stehen und ob bzw. wann der Status quo sine vel ante erreicht war. Bei dieser Fragestellung ist seine ausschliesslich gestützt auf die Akten erstellte Beurteilung - wie bereits erwähnt - durchaus beweiskräftig. Der Beschwerdeführer kann daher aus seiner Argumentation nichts zu seinen Gunsten ableiten. 7.2.2 Soweit der Beschwerdeführer die Beurteilung von Prof. Dr. D.____ mit der Begründung in Frage stellt, der Ellenbogen sei keineswegs vollständig genesen und er sei beschwerdebedingt weiterhin in ärztlicher Behandlung, ist ihm entgegenzuhalten, dass die Beurteilung von Dr. C.____ vom 19. April 2021, wonach im Bereich der Ellenbogenbeschwerden Beschwerdefreiheit und ab 20. April 2021 wieder von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, für den Eintritt des medizinischen Endzustands spricht. Für die in der Folge von den behandelnden Ärzten beschriebenen Kribbelparästhesien, Sensibilitätsstörungen und zunehmenden Schmerzen im Ellenbogenbereich konnten denn auch keine unfallkausalen (Teil)Ursachen gefunden werden. Gegen eine Unfallkausalität dieser Beschwerden spricht auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer bereits mehrere Jahre vor dem Unfallereignis vom 16. November 2020 ein multifokales Schmerzsyndrom mit im Vordergrund stehenden Lumbalgien sowie Schmerzen im rechten Ellenbogen aufwies (vgl. Bericht von Dr. G.____ vom 4. Dezember 2020 E. 6.2). Zudem stellte Dr. C.____ am 23. November 2021 einen regelrechten und sehr guten Befund fest (vgl. E. 6.12 hiervor) und Prof. Dr. L.____ bestätigte eine schöne Einheilung der (unfallgeschädigten) distalen Bizepssehne (vgl. E. 6.13 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass die nach dem 19. April 2021 geklagten Ellenbogenbeschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis vom 16. November 2020 zurückzuführen sind. Ausserdem ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen - entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers - nicht erstellt, dass die Schulterbeschwerden in einem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 16. November 2020 stehen. Soweit die behandelnden Ärzte die Schulterbeschwerden als "posttraumatisch" bezeichnen, ist anzumerken, dass darunter nicht zwingend eine unfallkausale Schulterproblematik, sondern auch ein eben erst nach dem Unfall entstandener Befund zu verstehen ist. Der Begriff "posttraumatisch" wird im medizinischen Sprachgebrauch zwar häufig gleichbedeutend mit "unfallkausal" verwendet. Nach üblichem, allgemein geläufigem Sprachverständnis wird der Ausdruck "post" aber auch mit der zeitlichen Abfolge - unter Ausschluss des Verhältnisses von Ursache und Wirkung - in Verbindung gebracht. Bei dieser Sachlage ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung den Begriffen "post" beziehungsweise "posttraumatisch" beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2014, 8C_524/2014, E. 4.3.3 mit Hinweisen). Vorliegend fehlt es in sämtlichen oben genannten Berichten der behandelnden Ärzte an näheren Ausführungen zur Verursachung der Schulterbeschwerden, weshalb die Verwendung des Begriffs "posttraumatisch" allein, ohne entsprechende Begründung, noch keinen verlässlichen Anhaltspunkt für eine kausale Bedeutung des Unfalls vom 16. November 2020 darstellt (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 8C_189/2011, E. 5.2). Vor diesem Hintergrund vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte keinen auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung des beratenden Arztes Prof. Dr. D.____, wonach die Schulterbeschwerden nicht unfallkausal seien, zu wecken. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, dass die heute bestehenden gesundheitlichen

Einschränkungen in diesem Umfang erst seit dem Unfallereignis vom 16. November 2020 bestehen würden, läuft dies auf eine beweisrechtlich unzulässige "Post-hoc-ergo-propter-hoc-Argumentation" hinaus. Insgesamt liegt nichts vor, was auf eine aktenwidrige oder unzutreffende Beurteilung von Prof. Dr. D.____ vom 24. Juli 2021 schliessen lassen würde oder Zweifel an seiner Beurteilung zu begründen vermöchte, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden kann. 7.3 Zusammenfassend steht fest, dass am rechten Ellenbogen der medizinische Endzustand zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Mitte Mai 2021 erreicht war und die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter sowie der LWS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 16. November 2020 zurückzuführen sind. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. März 2022 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 8

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht ausgerichtet. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

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