

# NW\_GERICHTE SV 25 3 vom 25. August 2025

NW Gerichte, 2025-08-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw\\_gerichte\\_SV 25 3](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV_25_3)

FR: NW\_GERICHTE SV 25 3 du 25 août 2025

IT: NW\_GERICHTE SV 25 3 del 25 agosto 2025

## Erwägungen

### E. 1

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Februar 2025 ist in Anwendung des UVG er- gangen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 2 ATSG (SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide des Unfallversicherers beim zuständigen kantonalen Ver- sicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Der Verfügungsadressat hat Wohnsitz in Buochs im Kanton Nidwalden, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig ist die Sozialversicherungsabteilung, die in Dreier- besetzung entscheidet (Art. 39 i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat des angefochtenen Entscheids persönlich berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlichen Überprüfung (Art. 59 ATSG). Da die übrigen Prozessvo- raussetzungen zu keinen Bemerkungen Anlass geben, ist auf die Beschwerde einzutreten.

### E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Unfallver- sicherung für die über den 20. Juni 2024 hinaus bestehenden Beschwerden am linken Ellbo- gen. Die im angefochtenen Einspracheentscheid zusätzlich thematisierte Schulterproblematik wird in der Beschwerde nicht erwähnt und bildet damit nicht Teil des Streitgegenstands im vorliegenden Beschwerdeverfahren (vgl. BGE 125 V 413 E. 1b).

### E. 3.1

Die Suva hat die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen und massgebliche Rechtsprechung in der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben. Dies umfasst insbesondere die allgemeinen Voraussetzungen der Leistungspflicht in der Unfallversicherung (Art. 6 UVG), das Erfordernis eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs sowie die Anforderun- gen an beweiskräftige medizinische Berichte, insbesondere bei Beurteilungen durch versiche- rungsinterne Mediziner oder allein gestützt auf die Akten, ohne persönliche Untersuchung des Sachverständigen selbst. Darauf kann verwiesen werden. Zu ergänzen ist Folgendes:

5■25

### E. 3.2

Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Während bei der Frage, ob ein Kausal- zusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweibelastet ist, trägt die Unfallversicherung die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Zustands, wie er vor dem Unfall bestand oder sich ohne diesen ergeben hätte (status quo sine vel ante). Dabei hat der Unfallversicherer nicht

den Beweis für unfall- fremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts 8C\_80/2021 vom 7. Juli 2021 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 3.3**

Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 ff. ATSG Devolutiveffekt zu. Eingeschränkt wird dieser Effekt indessen durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen den Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die formgültige Beschwerdeerhebung begründet (zusammen mit der Beschwerdeantwort des Versicherungsträgers) die alleinige Zuständigkeit des kantonalen Gerichts, über das in der angefochtenen Verfügung (bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid) geregelte Rechtsverhältnis zu entscheiden. Somit verliert der Versicherungsträger die Herrschaft über den Streitgegenstand, und zwar insbesondere auch in Bezug auf die tatsächlichen Verfügungs- und Entscheidungsgrundlagen. Die Beschwerdeinstanz hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln und ist nicht an die Begehren der Parteien gebunden. Folgerichtig ist es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der angefochtenen Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (BGE 136 V 2 E. 2.5). Daraus ergibt sich ebenfalls, dass es den Versicherungsträgern grundsätzlich nicht möglich ist, im kantonalen Gerichtsverfahren Abklärungsmassnahmen zu treffen, welche der Mitwirkung der versicherten Person bedürfen. Rechtsprechungsgemäss erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, 6■25 Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen); wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_399/2020 vom 28. September 2020 E. 4).

### **E. 3.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 4.1**

Während des zweiten Schriftenwechsels reichten beide Parteien ärztliche Stellungnahmen zu den Akten. Der gerichtliche Überprüfungszeitraum beschränkt sich grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verwaltungsverfügung (hier den Einspracheentscheid vom 7. Februar 2025) verwirklicht hat. Berichte, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren, sind zu berücksichtigen, wenn und soweit sie sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass beziehen resp. Rückschlüsse darauf zulassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2021 vom 9. August 2021 E. 3.4 mit Hinweisen).

#### **E. 4.2**

Die nachgereichten ärztlichen Stellungnahmen von Dr. med. B. \_\_, FMH Neurologie, vom 16. März 2025 (BF-Bel. 3) sowie Dr. med. C. \_\_, Facharzt Neurologie, vom 16. April 2025 (BG-Bel. 1) datieren beide nach dem Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids. Sie beschäftigen sich jedoch ausschliesslich mit der medizinischen Situation vor Erlass desselben und sind damit in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Da die punktuelle Rückfrage der

7■25 Suva bei Dr. C. \_\_ ohne Mitwirkung des Beschwerdeführers erfolgte, keine zeitliche Verzögerung mit sich brachte und sich aufgrund der replikweise neu aufgelegten Stellungnahme von Dr. B. \_\_ aufdrängte, ist diese während des Gerichtsverfahrens getroffene Abklärungsmassnahme ebenfalls nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_624/2024 vom 24. April 2025 E. 4.1 mit Hinweisen). Die Parteien stellen die Berücksichtigung der erwähnten Berichte denn auch nicht in Frage.

#### **E. 5.1**

In tatsächlicher Hinsicht kann für die hier interessierenden Fragen auf die ausführliche Darstellung der medizinischen Ausgangslage in den Erwägungen 4.1 bis und mit 4.10 im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Februar 2025 verwiesen werden (Art. 56 Abs. 3 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege [VRG; NG 265.1]).

#### **E. 5.2**

Ausführlicher wiederzugeben ist aufgrund der nachfolgend zu behandelnden Rügen der Bericht Dr. med. D. \_\_, FMH Neurologie, vom 22. August 2018 (Suva-act. 49 S. 5 f.): Nach dem Unfall vom 7. August 2018 berichtete dieser zusammengefasst, aktuell komme es zu Krämpfen in der rechten und linken Hand. Links beginne es mit einem Schmerz im Vorderarm ulnar betont, mit Beugung des Kleinfingers, ca. alle zwei Tage. Erholung werde mit der Dehnung der Muskeln erreicht. Die Krämpfe seien erträglich, viel bedeutender sei die Einschränkung durch die fehlende Beweglichkeit und Schwäche in der linken Hand. Beim Abstützen des Ellbogens komme es zu einem unangenehmen Gefühl. Die Beweglichkeitseinschränkung sei seit einer Operation bekannt, im Verlauf auch mit verminderter Kraft. In der linken Hand sei ein stechender Schmerz zwischen Daumen und Zeigfinger vorhanden. Nach der Arbeit nehme der Schmerz und ein Hitzegefühl zu, das sich auch auf die Finger ausdehnen könne und mit Gelenkschmerzen einhergehe. Dr. D. \_\_ diagnostizierte einen Status nach («St. n.») complex regional pain syndrome («CRPS») bei Operation des linken Daumensattelgelenks am 2. Mai 2016 mit inkomplettem Faustschluss, ohne Dystonie, St. n. Stichverletzung der rechten Hand im Jahr 2018, anamnestisch St. n. Facialisparese links sowie anamnestisch St. n. Verkehrsunfall im Jahr 2006 mit Trauma des linken Oberarms. In der klinisch-neurologischen Untersuchung auffallend sei eine positive Irritation der Ulnarisnerven im Sulcus ulnaris beidseits und eine Asymmetrie des Vor-

derarmumfangs zuungunsten links. Die intermittierenden Krampfstände im Vorderarm ulnar

8■25 betont seien möglicherweise auf eine Irritation des Ulnaris zurückzuführen. Hier sei ein Defizit im Bereich des Ulnaris beidseits, eher links betont, vorhanden. Die motorische Neurografie des Ulnaris sei aber noch normal, die sensible Ableitung zeige ein niedriges Potential bei normaler Nervenleitgeschwindigkeit. Somit könne kein Sulcus ulnaris Rinnensyndrom diagnostiziert werden. Muskelkrämpfe könnten in Rahmen einer Polyneuropathie («PNP»), bei einer Erkrankung des peripheren Nervensystems oder allenfalls nach einem CRPS auftreten. Eine Myopathie liege klinisch nicht vor. Eine Elektromyografie («EMG») sei jedoch nicht durchgeführt worden. Es bestehe auch kein manifestes cervico-radikuläres Ausfallssyndrom oder eine Spastizität.

### **E. 5.3**

Die Suva hält im Wesentlichen an der Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ vom 28. März 2023 fest (Suva-act. 327 S. 9). Dieser führte zusammengefasst aus, zeitnah zum Unfall hätten keine äusseren Verletzungszeichen oder neurologischen Defizite im Bereich der oberen Extremität vorgelegen. Die Prellung am linken Ellbogen habe höchstens eine vorübergehende Funktionsstörung im Bereich des Nervus ulnaris verursacht. Relevante Zusatzverletzungen im Bereich des Ellbogengelenks im Verlauf des Nervus ulnaris seien nicht festgestellt worden. Durch die Prellung verursachte vorübergehende Funktionsstörungen könnten höchstens bis zu einem Zeitpunkt vier Wochen nach dem Unfall durch diesen kausal begründet angenommen werden. Dr. D. \_\_\_ habe am 22. August 2018 nach klinischer und elektrophysiologischer Untersuchung kein Sulcus ulnaris Syndrom diagnostizieren können. Ebenso wenig sei eine unfallkausale Läsion des Nervus ulnaris auf einer anderen Höhe im Verlauf des Nervs festgestellt worden. Typische sensible oder motorische Defizite hätten nicht vorgelegen. Der am 19. August 2021 erhobene auffällige Befund der Elektromyografie stehe ohne pathologischen Befund der Elektroneurografie und in Berücksichtigung der echtzeitlichen Akten nicht in einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfall. Eine bilddiagnostisch festgestellte Verdickung des linken Nervus ulnaris ohne eindeutig unfallkausale Befunde der elektroneurografischen Diagnostik begründeten keine unfallkausale Läsion des linksseitigen Nervus ulnaris. Dabei sei auch der Vorzustand im Bereich des Oberarms zu berücksichtigen.

9■25

### **E. 6**

Der Beschwerdeführer wendet sich gegen die Einschätzung eines fehlenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den weiterhin beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 7. August 2018 durch die versicherungsmedizinische Abteilung der Suva. Unter Verweis auf die Stellungnahmen von Dr. B. \_\_\_ kritisiert er, dass sich Dr. C. \_\_\_ nicht mit den Befunden und Diagnosen von Dr. B. \_\_\_ auseinandergesetzt habe (amtl. Bel. 1 Ziff. 20). Insbesondere die elektromyografisch nachgewiesene axonale Läsion des Nervus ulnaris und der bildgebende Nachweis einer pathologischen Verdickung seien von ihm nicht ausreichend gewürdigt worden.

#### **E. 6.1**

Entgegen der Ansicht des Versicherten, hat sich Dr. C. \_\_ mehrfach, ausführlich und teilweise ausschliesslich mit den Berichten und Stellungnahmen von Dr. B. \_\_ und der von diesem thematisierten axonalen Schädigung befasst (vgl. Berichte vom 28. März 2023, 14. Mai 2024, 30. Januar und 16. April 2025, Suva-act. 327, 410, 451 und BG-Bel. 1). Bereits am 5. November 2021 erwähnte Dr. B. \_\_ basierend auf seiner Untersuchung am 19. August 2021 im Wesentlichen, die elektromyografische Untersuchung habe eindeutig pathologische Befunde (Spontanaktivitäten i.S. Fibrillationen und Faszikulationen) im Sinn einer axonalen Schädigung ergeben (Suva-act. 238 S. 2 f.). Ohne differentialdiagnostische Abgrenzung ging Dr. B. \_\_ davon aus, aufgrund der Akten und anamnestischen Angaben handle es sich um eine traumatische Affektion des Nervus ulnaris links. Mit dem vorzitierten Bericht vom 28. März 2023 (vgl. E. 5.3 hiervor) hielt Dr. C. \_\_ dem mit Verweis auf die echtzeitlichen Akten nach dem Ereignis vom 7. August 2018 sowie die bildgebenden Abklärungen zusammengefasst entgegen, ein Sulcus ulnaris Syndrom oder eine unfallkausale Läsion des Nervus ulnaris auf einer anderen Höhe des Nervs sei damals ausgeschlossen worden und typische sensible oder motorische Defizite hätten nicht vorgelegen (Suva-act. 327 S. 9). Ein am 19. August 2021 erhobener pathologischer Befund der Elektromyografie könne ohne pathologische Befunde der Elektroneurografie nicht überwiegend wahrscheinlich in einen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 7. August 2018 gebracht werden. Betreffend eine bilddiagnostisch festgestellte Verdickung des Nervus ulnaris hat Dr. C. \_\_ die Befundlage aufgrund der Akten zu Recht als uneinheitlich erkannt: So konnte in einem MRI des linken Ellbogens vom 27. Juni 2019 ein unauffälliges Signalverhalten der muskulären Strukturen und Nerven festgestellt werden, wobei die fokale Signalanhebung des Nervus ulnaris im Rahmen der Norm sei (Bericht des Kantospitals Nidwalden vom 28. Juni 2019, Suva-

1025 act. 101). Es bestehe keine erkennbare Verdickung oder Kompression der Nerven. Drei Jahre später wurde bei einer MR-Neurografie des linken Ellbogens und Vorderarms bei leicht eingeschränkter Beurteilbarkeit ein leicht verdickter und signalangehobener Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris festgestellt, was differentialdiagnostisch im Rahmen einer Neuropathie gesehen wurde (Bericht des bb. \_\_spitals \_\_ vom 30. Juni 2022, Suva-act. 271). Dr. C. \_\_ verneinte vor diesem Hintergrund, unter Berücksichtigung eines früheren Ereignisses im Bereich des linken Oberarms, der echtzeitlichen Dokumentation zum Unfallereignis und ohne eindeutig unfallkausal zu interpretierende elektroneurografische Diagnostik eine andauernde, unfallkausale Läsion des Nervus ulnaris.

### **E. 6.2.1**

Dr. B. \_\_ nahm am 5. Juli 2024 erneut ausführlich zum Fall Stellung (Suva-act. 431 S. 10 ff.). Er diagnostizierte wie in seinem vorangehenden Bericht vom 4. Januar 2024 (vgl. Suva-act. 361) ein persistierendes neuropathisches Schmerzsyndrom und sensomotorisches Defizit im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris links und eine traumatische Schädigung des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris links bei Sturz auf den linken Ellbogen am 7. August 2018. Er machte zusammengefasst geltend, die Beschwerden fänden in der mehrfach durchgeführten neurologischen Untersuchung, in der elektromyografischen Diagnostik und der MR-Neurografie des linken Ellbogens und Vorderarmes objektivierbare Befunde. Der Sturz auf den Ellbogen sei die plausibelste aller Erklärungsmöglichkeiten, da ein stattgehabtes CRPS nicht im Zusammenhang mit einer traumatischen Nervenläsion gestanden sei und eine frühere Operation des Daumensattelgelenks nicht zur Läsion des Nervus ulnaris haben können. Die elektromyografischen Befunde, vermehrte

Signalintensität und Verdickung des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris sprächen gegen die Hypothese einer höchstens vorübergehenden Funktionsstörung. Eine natürliche Kausalität zwischen Schadensereignis und den andauernden Beschwerden im Bereich der linken oberen Extremität sei gegeben. Die zeitnah zum Unfallereignis durchgeführte Diagnostik von Dr. D. \_\_ sei darüber hinaus un- vollständig gewesen, da eine Elektromyografie trotz Indikation (festgestellte Faszikulationen) ohne Erklärung nicht durchgeführt worden sei. Das Unfallereignis werde in der ersten Anam- neseerhebung nicht genannt, erst im zweiten Bericht von Dr. D. \_\_ werde dies erwähnt. Die Befunderhebung sei daher ebenfalls nicht fokussiert auf eine mögliche Affektion des Nervus ulnaris durchgeführt worden. Die elektroneurografische Untersuchung habe ausserdem ein niedriges Summenpotenzial ergeben. Der Ausschluss eines Sulcus ulnaris Syndroms sei

11■25 daher nicht konklusiv nachvollziehbar. Dr. D. \_\_ habe zudem auch anlässlich der Verlaufskon- trolle keine elektrophysiologische Diagnostik durchgeführt, um die erhobenen pathologischen Befunde zu kontrollieren. Zu berücksichtigen sei, dass eine Ulnarisneuropathie nach einer Ver- letzung des Ellbogens mit einer zeitlichen Verzögerung auftreten könne.

### **E. 6.2.2**

Soweit Dr. B. \_\_ darauf beharrt, die elektromyografische Diagnostik und MR-Neurografie des linken Ellbogens hätten objektivierbare Befunde geliefert, vermag er nicht aufzuzeigen, inwie- fern die von Dr. C. \_\_ bereits begründete fehlende Unfallkausalität derselben (vgl. E. 6.1 hier- vor) unzutreffend sein soll. Zwar wurde eine Signalintensität und leichte Verdickung des Ner- vus ulnaris im Sulcus ulnaris gemäss Bericht des bb. \_\_spital \_\_ vom 30. Juni 2022 festgestellt (Suva-act. 271). Dr. C. \_\_ zeigte aber unter Verweis auf die leicht erhöhte, aber normgerechte fokale Signalanhebung im Nervus ulnaris und fehlende Verdickungen und Kompressionen ge- mäss dem MRI knapp ein Jahr nach dem Unfall (Bericht vom 28. Juni 2019, Suva-act. 101) bereits nachvollziehbar auf, weshalb die drei Jahre später (und beinahe vier Jahre nach dem Unfall) im bb. \_\_spital \_\_ festgestellten Befunde keine Kausalität zum Ereignis vom 7. August 2018 aufweisen. Ohne Auseinandersetzung mit dieser begründeten Einschätzung weckt Dr. B. \_\_ keine Zweifel an derselben. Hinweise auf Residuen einer stattgehabten Läsion zeig- ten sich im Übrigen auch in der MR-Neurografie vom 30. Juni 2022 nicht (vgl. dazu Bericht von Dr. med. F. \_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsap- parates, vom 18. April 2024, Suva-act. 405). Es ist Dr. B. \_\_ zuzustimmen (Suva-act. 431 S. 13), dass die beklagten Symptome nicht unbe- sehen auf ein linksseitiges CRPS oder eine stattgehabte Verletzung am linken Oberarm zu- rückgeführt werden dürfen, da dies einer unzulässigen post hoc ergo propter hoc-Argumenta- tion gleichkäme (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_457/2024 vom 5. Mai 2025 E. 5.3 mit Hin- weis). Dasselbe gilt jedoch auch für die von ihm angeführten anhaltenden Beschwerden sowie die erst knapp vier Jahre nach dem Ereignis festgestellte leichte Verdickung und Signalanhe- bung des Nervus ulnaris. Es kommt hinzu, dass dieselben Faktoren zeitnah zum fraglichen Unfallereignis noch als normgerecht beurteilt wurden. Dr. B. \_\_ zeigt nicht auf, weshalb diesem Umstand keine Bedeutung beizumessen wäre. Mit dem wiederholten Verweis auf einen statt- gehabten Sturz scheint er vielmehr selbst auf die entsprechende Argumentationslinie zurück- zugreifen (vgl. auch Bericht vom 4. Januar 2024, Suva-act. 361 S. 7). Hingegen bedeutet der abschliessende Hinweis von Dr. C. \_\_, ein Vorzustand mit Unfallfolgen am linken Oberarm sei zu berücksichtigen, nach einlässlicher Diskussion sämtlicher übrigen Befunde

und Berichte

12■25 (vgl. Bericht vom 28. März 2023, Suva-act. 327 S. 9) noch kein unzulässiger «danach, also deswegen»-Schluss.

### E. 6.2.3

In seiner Antwort vom 30. Januar 2025 zur Stellungnahme von Dr. B. \_\_ wies Dr. C. \_\_ ausser- dem darauf hin, dass die elektrophysiologische Diagnostik keine Auskunft über die Ursache einer festgestellten Funktionsstörung gebe (Stellungnahme vom 30. Januar 2025, Suva- act. 451), was Dr. B. \_\_ später bestätigte (vgl. Stellungnahme vom 16. März 2025, BF-Bel. 3 S. 7). Selbst wenn anlässlich der durchgeführten Untersuchung von Dr. D. \_\_ vom 22. August 2018 (vgl. Suva-act. 49 S. 5) aufgrund der festgestellten Faszikulationen eine zusätzliche Elektromyografie stattgefunden hätte, liesse dies demnach noch keinen Schluss betreffend Kausalität zu. Ohnehin erwähnte der Versicherte den Unfall oder Probleme mit dem linken Ellbogen (abge- sehen von einem unangenehmen Gefühl beim Abstützen desselben) gegenüber Dr. D. \_\_ an- llässlich der ersten Konsultation nicht. Neben hier nicht interessierenden Beschwerden im Be- reich der linken Kopfhälfte und kognitiven Schwierigkeiten (vgl. auch den Folgebericht von Dr. D. \_\_ vom 27. November 2018 nach durchgeführtem MRI des Schädels, Suva-act. 49 S. 4) berichtete er über Krämpfe in beiden Händen und Vorderarmen sowie die vorbestehende Funktionseinschränkung der linken Hand, welche auch der Beschwerdeführer nicht auf das Ereignis vom 7. August 2018 zurückführt. Diese Problematik bestand schon seit längerem und ist Hintergrund einer am 13. April 2016 erfolgten Anmeldung bei der IV (vgl. zum Ganzen Fest- stellungsblatt vom 22. März 2019, Suva-act. 77 S. 169 ff.). Dieser gegenüber beklagte der Be- schwerdeführer sodann auch nach dem Unfall vom 7. August 2018 weiterhin fast ausschliess- lich Beschwerden in den Händen und Handgelenken (vgl. E-Mail-Korrespondenz in Suva- act. 77 S. 210 ff.). Einmalig Erwähnung finden Beschwerden im Ellbogen neben Schmerzen im Handgelenk, an der Hand und in den Armen an einer Besprechung am 28. August 2018, wonach sich diese «wieder verschlechtert» hätten (Suva-act. 77 S. 181). Aus der erwähnten Besprechung ergibt sich ebenfalls, dass der Beschwerdeführer Dr. D. \_\_ auch zur Abklärung von Konzentrationsschwierigkeiten aufsuchte. Ob die zeitnah zum Unfallereignis erfolgte Kon- sultation von Dr. D. \_\_ überhaupt aufgrund des Sturzes vom 7. August 2018 stattfand, er- scheint nach dem Gesagten zumindest fraglich. Dr. C. \_\_ weist deshalb zu Recht darauf hin, es bleibe unklar, ob das neurologische Fachgebiet betreffende Unfallfolgen zeitnah (Unfall- oder folgender Tag) zum Ereignis vom 7. August 2018 aufgetreten seien (Stellungnahme vom 30. Januar 2025, Suva-act. 451 S. 2 oben).

13■25 Betreffend die weitere Kritik von Dr. B. \_\_ an der Untersuchung von Dr. D. \_\_ vom 22. August 2018 führte Dr. C. \_\_ weiter zutreffend aus, die anamnestischen Angaben des Versicherten hätten der Neurologin Anlass gegeben, eine Pathologie im Bereich des Nervus ulnaris bzw. des linken Ellbogens gezielt abzuklären (Suva-act. 451 S. 2). Bei den klinischen und elektro- physiologischen Befunden habe sie ein Sulcus ulnaris Syndrom nachvollziehbar ausgeschlos- sen. Motorische Ausfälle oder Pathologien im Bereich von Knochen, Bändern und Weichteil- gewebe am linken Ellbogen seien nicht dokumentiert worden. Eine ergänzende Elektromyo- grafie wäre nur zur Verifizierung und Abgrenzung solcher Befunde hilfreich. Ein pathologischer Befund der Elektroneurografie mit geforderter Amplitudenreduktion von mehr als 50 % habe sich nicht nachweisen lassen. Die von Dr. B. \_\_ angeführte Möglichkeit eines zeitverzögerten Auftretens klinischer Beschwerden wäre nur durch eine Einengung des Sulcus ulnaris durch im Heilverlauf

entwickeltes Narbengewebe erklärbar, was jedoch nicht vorliege. Ausserdem habe im Verlauf auch Prof. Dr. F. \_\_, FMH Neurologie, im Bericht vom 29. Mai 2020 ein Sulcus ulnaris Syndrom ausgeschlossen (Suva-act. 183, vgl. auch Bericht des cc. \_\_spitals \_\_ vom 23. Juni 2020, Suva-act. 140). Dies lässt sich aufgrund der Akten ohne Weiteres bestätigen, weshalb die Kritik von Dr. B. \_\_ keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. C. \_\_ zu wecken vermag.

### **E. 6.3**

Während des laufenden Beschwerdeverfahrens äusserte sich Dr. B. \_\_ am 16. März 2025 erneut zur vorliegenden Sache (BF-Bel. 3).

#### **E. 6.3.1.1**

So machte er sinngemäss geltend, er habe auch nicht behauptet, dass ein ärztlich dokumentierter pathologischer Befund zeitnah zum Ereignis vorliege, sondern einzig, dass die erstuntersuchende Neurologin keine Kenntnis vom Unfall gehabt habe (BF-Bel. 3 S. 2 ff.). Ausserdem benenne Dr. D. \_\_ pathologische Befunde in Form von Kraftminderungen im Bereich verschiedener Finger und Schmerzen bei der Radialabduktion. Die Befunderhebung weise jedoch einen erheblichen Mangel auf, indem bezüglich der Kraftminderungen keine Seitenbenennung erfolgt sei. Es sei jedoch absolut unwahrscheinlich, dass die Kraftminderungen und schmerzhafte Radialabduktion beidseits bestanden hätten, ein Zustand nach CRPS infolge Operation des Daumensattelgelenks sei nur links diagnostiziert worden. Die Befunde von Dr. D. \_\_ seien damit nicht seitengleich gewesen und es habe nicht nur eine Asymmetrie des

1425 Vorderarmumfangs vorgelegen, wie es Dr. C. \_\_ insinuiert habe. Auch bezüglich der festgestellten Faszikulationen sei durch Dr. D. \_\_ keine Seitenangabe erfolgt. Solche kämen unter anderem auch als Symptom bei der Schädigung peripherer Nerven im vom Nerv versorgten Muskel vor. Der von den Faszikulationen betroffene Muskel Interosseus dorsalis I werde vom Nervus ulnaris versorgt. Eine gezielte Untersuchung des Ellbogens, was auch eine Neigung zur Luxation des Nervus ulnaris umfasse, habe bei Dr. D. \_\_ nicht stattgefunden. Die motorischen Einschränkungen sowie weitere klinischen Auffälligkeiten liessen sich einer peripheren Nervenschädigung zuordnen.

#### **E. 6.3.1.2**

Dr. F. \_\_ erwähnte den seitenungleichen Vorderarmumfang mit Blick auf äusserlich sichtbare Veränderungen am linken Ellbogen, von denen anlässlich der Untersuchung vom 22. August 2018 ansonsten keine erkennbar gewesen seien (vgl. Suva-act. 451 S. 2), was aufgrund des Berichts ohne Weiteres zutrifft (vgl. Suva-act. 49 S. 6). Die angeführten Probleme mit Schmerzen und eingeschränkter Funktionalität an der linken Hand bestanden daneben wie gezeigt bereits seit geraumer Zeit (E. 6.2.3 hiervor; vgl. auch Austrittsbericht der Rehaklinik X. \_\_ vom 14. August 2017, Suva-act. 77 S. 379 ff., wobei auch die linke Schulter physiotherapeutisch mitbehandelt wurde, und Bericht des CC. \_\_spitals vom 30. Januar 2018, Suva-act. 77). Die bereits zuvor beklagten Krämpfe in der linken wie auch der rechten Hand bzw. Vorderarmen stehen offensichtlich nicht im Zusammenhang mit dem Sturz auf den linken Ellbogen. Dr. B. \_\_ führte die anderen Beschwerden im Bericht vom 22. August 2018 (Kraftminderungen, schmerzhafte Radialabduktion) sodann selbst auf das CRPS infolge der zuvor durchgeführten Operation des Daumensattelgelenks an der linken Hand zurück (BF-Bel. 3 S. 3 oben). Diese Ansicht wurde von Dr. C. \_\_ geteilt, da diese Muskelfunktionen nicht durch den Nervus ulnaris

innerviert werden (Stellungnahme vom 16. April 2025, BG-Bel. 1). Die von Dr. D.\_\_\_\_ festgestellten Faszikulationen im vom Nervus ulnaris versorgten Muskel Interosseus dorsalis I können gemäss Dr. B.\_\_\_\_ – unter anderem – bei der Schädigung peripherer Nerven vorkommen. Dies mag zutreffen, zeigt jedoch nicht, inwiefern es im konkreten Fall zu einer derartigen Schädigung gekommen ist und ob eine solche auf das Ereignis vom 7. August 2018 zurückzuführen wäre. Dr. C.\_\_\_\_ wies mit Blick auf die Akten zu Recht darauf hin (vgl. Stellungnahme vom 16. April 2025, BG-Bel. 1 S. 1 f.), dass die motorischen Neurografien am 22. August 2018 normal ausfielen, Faszikulationen oder Krämpfe in den Händen oder Vorderarmen in der Zwischenanamnese des Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ vom 27. November 2018 nicht thematisiert wurden (Suva-act. 49 S. 4) und in der Neurografie vom 26. Mai 2020 nicht reproduzierbar waren (Bericht des CC.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2020, Suva-act. 183). Es wird nicht nachvollziehbar begründet,

15■25 wie die einmalig festgestellten und auch neurografisch weiter abgeklärten Faszikulationen für eine Kausalität der heute anhaltenden Beschwerden zum Sturz vom 7. August 2018 sprechen sollten. Dr. B.\_\_\_\_ kritisierte zudem eine fehlende Seitenangabe durch Dr. D.\_\_\_\_ für die Faszikulationen (unregelmässige und unwillkürlicher Kontraktionen von Muskelfaserbündeln, BF-Bel. 3 S. 3). Gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer anamnestisch Krämpfe in beiden Händen bzw. Vorderarmen an. Dies und die weiteren Angaben bewegten Dr. D.\_\_\_\_ dazu, auch ohne Kenntnis des Unfallereignisses eine Elektroneurografie beider Nervus ulnaris vorzunehmen. Dabei wurde eine Irritation der Ulnarisnerven im Sulcus ulnaris beidseits, eher linksbetont, festgestellt. Wie erwähnt, wurde ein Sulcus ulnaris Syndrom jedoch aufgrund der Klinik und Neurografie nachvollziehbar und mehrfach ausgeschlossen (vgl. auch Stellungnahmen von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. Januar und 16. April 2025 mit Verweisen, Suva-act. 451 S. 2 und BG-Bel. 1 S. 2). Welchen Einfluss eine fehlende Seitenangabe von Dr. D.\_\_\_\_ für die Faszikulationen für den vorliegenden Fall gehabt haben soll, ist daher nicht erkennbar und auch nicht erklärt worden. Dass sich die am 22. August 2018 beklagten – vorbestehenden – motorische Einschränkungen und andere neurologische Auffälligkeiten peripheren Nervenschädigungen zuordnen lassen, mag im Grundsatz zutreffen. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Sturz auf den Ellbogen vom 7. August 2018 eine solche Schädigung verursachte oder die vorbestehenden Beschwerden in Form von Kraftminderung und schmerzhafter Radialabduktion an der linken Hand darauf zurückzuführen wären, bestehen jedoch nicht.

### **E. 6.3.2**

Die darüber hinaus geäusserte Kritik von Dr. B.\_\_\_\_ und des Beschwerdeführers (vgl. amtl. Bel. 6 Ziff. 7 ff.) an den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_, welche weiteren Testungen bei einer «gezielten» Untersuchung denkbar gewesen wären (BF-Bel. 3 S. 4 ff.), läuft ins Leere. Rückschauend liessen sich praktisch in jedem Fall Untersuchungen benennen, welche allenfalls weiterführende Resultate geliefert haben könnten. Dass eine gezielte Untersuchung des Ellbogens ebenfalls die Neigung zur Luxation des Nervus ulnaris beinhaltet, dürfte zutreffen. Hinweise darauf, dass eine solche Neigung bestanden hätte, bringt Dr. B.\_\_\_\_ jedoch nicht vor und ergeben sich auch nicht aus den Akten (einmalig geprüft gemäss Bericht des cc.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2020, Suva-act. 183 S. 3). Inwiefern dies für die Frage der Kausalität der anhaltenden Beschwerden zum Ereignis vom 7. August 2018 von Bedeutung gewesen sein könnte, wird darüber hinaus nicht erläutert.

16■25 Die angeführte Amplitudenminderung des Summenpotentials der sensiblen Ableitung kann einen Befund darstellen, wie er bei einer axonalen Schädigung eines Nervs vorkommen könne. Das niedrige Potential hat Dr. D. \_\_\_ denn auch selbst festgestellt und begründet, wieso bei normaler Nervenleitgeschwindigkeit kein Sulcus ulnaris Syndrom vorliege, womit sich Dr. B. \_\_\_ nicht auseinandersetzt. Er verweist einzig auf die in der Literatur beschriebene Höhe eines zu erwartenden Summenpotentials von 8  $\mu$ V bis 50  $\mu$ V, bzw. mindestens 14  $\mu$ V in Anbetracht des Alters des Beschwerdeführers. Mit Blick auf den konkreten Fall gesteht Dr. B. \_\_\_ jedoch gleich anschliessend ein, dass eine 50%ige Amplitudenminderung im Seitenvergleich nicht gegeben gewesen sei (BF-Bel. 3 S. 6), was bereits Dr. C. \_\_\_ ausführte (vgl. Stellungnahme vom 30. Januar 2025, Suva-act. 451 S. 2). Das gemessene Summenpotential betrug auf der linken Seite 3,1  $\mu$ V und auf der rechten Seite 4  $\mu$ V (Bericht vom 22. August 2018, Suva-act. 49 S. 7). Damit wäre auch das Summenpotential auf der rechten Seite gegenüber der von Dr. B. \_\_\_ angeführten altersentsprechenden minimalen Norm um (deutlich) mehr als 50 % vermindert. Wie Dr. B. \_\_\_ mehrfach betonte (BF-Bel. 3 S. 5), ist dies ein Befund, wie er bei einer axonalen Schädigung des Nervs vorkomme und dies stelle einen Marker zur Beurteilung von Nervenschädigungen im peripheren Bereich dar. Eine entsprechende Schädigung am rechten Nervus ulnaris steht jedoch vorliegend nicht zur Diskussion, obwohl der Argumentation von Dr. B. \_\_\_ folgend sich bei dieser Ausgangslage weitere Untersuchungen aufgedrängt hätten. In diesem Sinne führte auch Dr. F. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 16. April 2025 zusammengefasst aus, selbst wenn die Befunde der sensiblen Neurografie linksseitig grenzwertig pathologisch einzuschätzen wären (was nicht zutrefte), müsse jeder elektrophysiologische Befund zwingend im Kontext der klinisch-neurologischen Befunde interpretiert werden (BG-Bel. 1 S. 2). Die elektrophysiologische Diagnostik gemäss den Berichten vom 22. August 2018 und 29. Mai 2020 (zur Nervensonografie vom 26. Mai 2020, vgl. Suva-act. 183) habe damit keine eindeutig pathologischen Befunde geliefert. Die am 22. August 2018 und 26. Mai 2020 erhobenen Befunde der sensiblen Ableitung sprechen daher nicht für eine unfallkausale Schädigung des Nervus ulnaris links (oder rechts), wobei eine zusätzliche elektromyografische Untersuchung allein keine Auskunft über die Ursache einer Funktionsstörung gegeben hätte – wie bereits erwähnt und von Dr. B. \_\_\_ bestätigt (BF-Bel. 3 S. 7).

17■25

#### **E. 6.3.4.1**

Dr. C. \_\_\_ hielt für entscheidungsrelevant, dass eine erhebliche unfallkausale Pathologie im Bereich von Knochen, Bändern und Weichteilgewebe am linken Ellbogen durch den Unfall vom

#### **E. 6.3.4.2**

Mit ihren Einwänden zeigen Dr. B. \_\_\_ und der Versicherte (vgl. amtl. Bel. 6 Ziff. 10) nicht auf, inwiefern die von Dr. C. \_\_\_ ausgeschlossene erhebliche Pathologie vorliegen soll. Im Bericht des dC. \_\_\_spitals vom 5. September 2018 (Suva-act. 34 f.) fand sich am linken Ellbogen ein winziger angedeuteter Olecranonsporn. Ansonsten beständen keine degenerativen Veränderungen bei normaler Stellung im Ellbogengelenk. Es lägen weder eine suspekta Knochenläsion, eine Fraktur, ein Gelenkerguss noch eine Weichteilverkalkung vor. Über der Olecranonspitze finde sich eine geringe Weichteilschwellung, evtl. bei diskreter Bursitis. Im Bericht des dC. \_\_\_spitals vom 28. Juni

2019 zur MRI-Aufnahme des linken Ellbogens (Suva-act. 101) findet sich neben bereits erwähnten unauffälligem Signalverhalten der muskulären Strukturen und Nerven, normgerechten Signalverhalten und keiner erkennbaren Verdickung oder Kompression des Nervs eine kleine Partialruptur im Bereich des Flexorensehnenplatte, differentialdiagnostisch («DD») eine bloss tendinitische Reizung. In der Auflistung der Befunde ist selbst die minimale Partialruptur bloss als Differentialdiagnose erwähnt. Eine geringe Weichteilschwellung als Folge der am 7. August 2018 zugezogenen Prellung erscheint plausibel. Ob knapp ein Jahr nach dem Unfallereignis eine Partialruptur der Flexorensehnenplatte oder vielmehr eine tendinitische Reizung bestand (vgl. Einschätzung betr. vorbestehender Tendinopathie der Flexorensehnenplatte gemäss Dr. med. G. \_\_, Facharzt Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 14. Mai 2021, Suva-act. 197) und erstere traumatisch bedingt war, ist aufgrund der Akten unklar und mangels Relevanz auch

18■25 nicht näher abgeklärt worden. Jedenfalls geht aus dem MRI vom 27. Juni 2019 aus orthopädischer Sicht kein wesentlicher struktureller Schaden hervor (Bericht des cc. \_\_spitals vom

### **E. 6.3.5**

Weiter hielt Dr. B. \_\_ dafür, ein von Dr. C. \_\_ diskutiertes und ausgeschlossenes zeitverzögertes Auftreten klinischer Beschwerden sei ohnehin nicht gegeben gewesen, vielmehr hätten diese zeitnah zum Unfall eingesetzt (vgl. BF-Bel. 3 S. 8). Ein zeitverzögertes Auftreten einer Ulnarisneuropathie wurde jedoch ursprünglich von Dr. B. \_\_ selbst eingebracht, als er Dr. D. \_\_ dafür kritisierte, in einer Verlaufskontrolle vom 27. November 2018 (vgl. Suva-act. 49 S. 4 f.) keine erneute elektrophysiologische Diagnostik durchgeführt zu haben, um die erhobenen – aus seiner Sicht – pathologischen Befunde (vgl. dazu jedoch bereits E. 6.3.2 hiervor) zu kontrollieren (vgl. Stellungnahme vom 5. Juli 2024, Suva-act. 431 S. 17). Dr. C. \_\_ führte darauf in seinem Bericht vom 30. Januar 2025 aus, dass ein zeitverzögertes Auftreten klinischer Beschwerden nur durch eine objektivierbare unfallkausale Pathologie mit Einengung des Sulcus ulnaris im Heilverlauf erklärbar wäre, etwa durch sich entwickelndes Narbengewebe, was aber nicht vorliege (Suva-act. 451 S. 2). Dem schloss Dr. B. \_\_ sich in seiner Stellungnahme vom 16. März 2025 an (BF-Bel. 3 S. 8). Entgegen der von ihm eingebrachten Möglichkeit einer verzögerten Ulnarisneuropathie ging er in der Folge dann davon aus, dass ein zeitverzögertes Auftreten der Beschwerden hier nicht von Belang sei, da diese zeitnah zum Unfall aufgetreten seien. Es wurde bereits ausführlich dargelegt, dass die anfänglich geschilderten Beschwerden zu einem bedeutenden Teil vorbestehend waren, diese trotzdem zur elektrophysiologischen Abklärung einer Pathologie am Nervus ulnaris geführt haben und in der Folge ein Sulcus ulnaris Syndrom nachvollziehbar ausgeschlossen wurde (E. 6.3.1 ff.). Die zeitnahe Schilderung von (vorbestehenden) Beschwerden vermag daran nichts zu ändern und stellt insbesondere nicht die Einschätzung von Dr. C. \_\_ in Frage.

19■25

### **E. 6.3.7**

Betreffend den von Dr. B. \_\_ in seiner letzten Stellungnahme erneut angeführten bildgebenden Nachweis einer strukturellen Läsion aufgrund der festgestellten Signalanhebung für den Nervus ulnaris anlässlich der Neurografie vom 30. Juni 2022 (vgl. BF-Bel. 3 S. 8) kann vollumfänglich auf das bereits Gesagte (vgl. E. 6.1 f.) verwiesen

werden.

### **E. 6.3.8**

Dr. B. \_\_\_ hielt sodann in seiner Stellungnahme vom 16. März 2025 dafür, der Sturz vom 7. August 2018 sei aus neurologischer und versicherungsmedizinischer Sicht die plausibelste aller Erklärungsmöglichkeiten für die geschilderten Beschwerden und erhobenen Befunde (BF-Bel. 3 S. 9). Die abschliessende Bemerkung von Dr. C. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2025 (vgl. Suva-act. 451 S. 2 a.E.), wonach ein Sulcus ulnaris Syndrom anlässlich der Untersuchung im cc. \_\_\_ vom 26. Mai 2020 (vgl. Suva-act. 183) nicht habe diagnostiziert werden können, vermöge daran nichts zu ändern, da es sich bei einem Sulcus ulnaris Syndrom nicht zwingend um eine traumatische Schädigung des Nervus ulnaris handle. Dr. B. \_\_\_ vertritt demgemäss die Ansicht, selbst wenn ein Sulcus ulnaris Syndrom vorläge, spräche dies nicht zwingend für eine traumatische Schädigung des Nervus ulnaris. Es wird nicht klar, was er daraus für seinen Standpunkt, die Prellung vom 7. August 2018 sei Auslöser der anhaltenden Beschwerden, ableitet. Jedenfalls wies Dr. C. \_\_\_ in der von Dr. B. \_\_\_ angeführten Einschätzung vom 30. Januar 2025 bereits darauf hin, dass ein Sulcus ulnaris Syndrom eine oft anzutreffende Beeinträchtigung sei, sehr häufig ohne einen Unfall als Auslöser (Suva-act. 451 S. 2). Dies bewog Dr. B. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 16. März 2025 jedoch zunächst noch dazu festzuhalten, diese Aussage sei hier irrelevant, da ein Unfallereignis vorliege und es sich zudem um die mutmasslich häufigste periphere Nervenschädigung handle, welche wiederum auch häufig durch eine traumatische Schädigung verursacht werde (BF-Bel. 3 S. 7). Letztlich geht Dr. B. \_\_\_ demnach doch davon aus, die stattgehabte Prellung sei die plausibelste aller Erklärungsmöglichkeiten für die vorliegenden Beschwerden (BF-Bel. 3 S. 9). Bereits anlässlich des Berichts vom 4. Januar 2024 kritisierte Dr. S. B. \_\_\_ die Suva, ihr Vorgehen bzw. der Fallabschluss erschliesse sich angesichts der Aktenlage mit dezidiert dokumentierter Symptomatik nicht und bleibe vor dem Hintergrund, dass zusätzlich differenzialdiagnostisch andere mögliche Ursachen weitestgehend ausgeschlossen worden seien, nicht nachvollziehbar (Suva-act. 361 S. 3 f.). Von einer traumatischen Ursache der beklagten Beschwerden ging er jedoch auch vor einer differentialdiagnostischen Abgrenzung aus, wobei

2025 er für diesen Schluss auf die Akten und anamnestischen Angaben des Versicherten verwies (Bericht vom 5. November 2021, Suva-act. 238 S. 2). Welche zwischen diesen beiden Aussagen durchgeführten Abklärungen die differentialdiagnostische Eingrenzung möglicher Ursachen gestattet haben sollten, wird nicht erklärt und ist nicht ersichtlich. Es wurde bereits aufgezeigt, dass die MR-Neurografie vom 30. Juni 2022 nicht für das Ereignis vom 7. August 2018 als Ursache der anhaltenden Beschwerden spricht (E. 6.1 und 6.2.2 hiervor) und auch ansonsten strukturelle Läsionen im Bereich des Ellbogens ausgeschlossen wurden (E. 6.3.3.2). Wenn trotz allem die Prellung des Ellbogens als plausibelste Ursache der bestehenden Beschwerden angeführt wird, scheint Dr. B. \_\_\_ damit einer unzulässigen post hoc ergo propter hoc-Argumentation zu verfallen (vgl. bereits E. 6.2.2 hiervor). Soweit der behandelnde Arzt mit möglichen Ursachen argumentiert, ist auf jeden Fall daran zu erinnern, dass die Suva nicht den Nachweis zu erbringen hat, welche Ursachen für die Beschwerden verantwortlich sind, sondern einzig, dass der Unfall seine kausale Bedeutung daran verloren hat (vgl. E. 3.2 hiervor). Dr. C. \_\_\_ zeigte mehrfach nachvollziehbar auf, dass aufgrund der zeitnah als auch später erhobenen, objektivierbaren Befunde von vorübergehenden Beeinträchtigungen, jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Unfallkausalität des Sturzes vom 7. August 2018 zu den heute

anhaltenden Beschwerden ausgegangen werden kann.

#### **E. 6.4**

Der Versicherte macht weiter sinngemäss geltend, Dr. B. \_\_ habe ihn selbst untersucht, während die Versicherungsmediziner der Suva keine persönliche Untersuchung durchgeführt hätten, weshalb ihren Aussagen kein Beweiswert zukomme (amtl. Bel. 1 Ziff. 22). Wie die Suva im angefochtenen Einspracheentscheid bereits ausführte und auch dem vom Beschwerdeführer angerufenen Bundesgerichtsentscheid entnommen werden kann, kommt auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zu, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_499/2024 vom 30. Mai 2025 E. 5.1). Der Beschwerdeführer macht nicht geltend, der medizinische Befund sei bloss lückenhaft erhoben worden. Dass die direkte ärztliche Untersuchung vorliegend trotzdem notwendig gewesen wäre, bringt er ebenfalls nicht vor und ist nicht einzusehen. Er vertritt hingegen die Ansicht, es bestünden sich widersprechende medizinische Befunde, vermag aber auch diese nicht zu benennen. Solche sind denn auch nicht ersichtlich. Vielmehr ist einzig die Einordnung der erhobenen Befunde mit Blick auf die Kausalitätsbeurteilung umstritten, was einem Aktengutachten 21■25 jedoch nicht entgegensteht (vgl. auch das von der Suva angeführten Urteil des Bundesgerichts 8C\_108/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1).

#### **E. 6.5**

Im Ergebnis ist die Einschätzung von Dr. B. \_\_ vom 28. März 2023, 14. Mai 204 und 30. Januar 2025 (vgl. Suva-act. 327, 410 und 451) nachvollziehbar begründet, wonach das Unfallereignis vom 7. August 2018 im Rahmen einer einfachen Prellung eine vorübergehende Störung des Nervus ulnaris und dermatombezogene Schmerzen hervorrief. Anhaltende unfallkausale Funktionsstörungen des Nervus ulnaris sind hingegen nicht länger auf den Sturz auf den linken Ellbogen zurückzuführen. Der Einschätzung von Dr. B. \_\_, die Prellung des linken Ellbogens vom 7. August 2018 hätte eine bis heute anhaltende Schädigung des Nervus ulnaris nach sich gezogen, kann nach dem vorstehend Gesagten nicht gefolgt werden. Seine zahlreichen Einwände stellen die nachvollziehbar begründete Einschätzung von Dr. C. \_\_ ebenfalls nicht in Frage. Zwar begründen bereits geringe Zweifel an der versicherungsinternen Einschätzung eine Pflicht zu weitergehenden Abklärungen, wobei hierfür nicht der überwiegend wahrscheinliche Nachweis eines anderen Sachverhalts nötig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 5.3). Es ist jedoch auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_401/2022 vom 31. Januar 2023 E. 4 mit Hinweisen). Dies führt zwar nicht dazu, dass Berichten von behandelnden Ärzten in jedem Fall zu misstrauen ist und ihnen von vornherein ohne nähere Begründung jegliche Glaubwürdigkeit abzusprechen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_549/2021 vom 7. Januar 2022 E. 7.2). Allerdings hat Dr. C. \_\_ die Einwände des behandelnden Arztes im hier zu beurteilenden Fall nachvollziehbar und mit Blick auf die Akten begründet entkräftet, so dass keine Zweifel an der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes gerechtfertigt sind. Die kausalen Auswirkungen des

Ereignisses vom 7. August 2018 spielen daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei den heute bestehenden Beschwerden keine Rolle mehr. Nach dem Gesagten erübrigt sich auch die beantragte Einholung eines Gerichtsgutachtens (amtl. Bel. 1 Ziff. 24 und 6 Ziff. 16). Da der rechtserhebliche Sachverhalt betreffend Kausalität der Prellung vom 7. August 2018 zu den anhaltenden Beschwerden hinreichend erstellt ist, sind von einer Begutachtung keine entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb

22■25 darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 136 I 229 E. 5.3 mit Hinweisen). 7. Der Versicherte verlangt weiter die Zusprache einer Integritätsentschädigung gemäss Art. 24 ff. UVG und beantragt für die Feststellung der Höhe der Integritätseinbusse eine gerichtliche Begutachtung (amtl. Bel. 1 Ziff. 30 ff.). Da die fehlende Unfallkausalität der weiterhin beklagten Beschwerden am linken Ellbogen mit dem notwendigen Beweisgrad feststeht, ist ein darauf gestützter Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ebenfalls zu verneinen. Eine anderweitig begründete Integritätseinbusse, nämlich aufgrund einer in den Akten stellenweise diskutierten Schulterverletzung, ist nicht geltend gemacht worden und auch nicht erkennbar. Die verlangte gutachterliche Abklärung des Integritätsschadens erübrigt sich damit ebenfalls ohne Weiteres. 8. 8.1 Der Beschwerdeführer verlangt darüber hinaus im Wesentlichen die Übernahme für die bisherigen und allenfalls zukünftig entstehenden Berichtskosten von Dr. B. durch die Suva (amtl. Bel. 1 Ziff. 35 f.). 8.2 Die Kosten eines von einer versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Sozialversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2019 vom 22. Juli 2019 E. 4.3 mit Hinweisen). Die Kosten privat eingeholter Gutachten sind mit anderen Worten dann zu vergüten, wenn die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war. Dies gilt unter Umständen auch dann, wenn die versicherte Person in der Sache unterliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_354/2015 vom 13.10.2015 E. 6.1 f. mit Hinweisen).

23■25 8.3 Die Beurteilung von Dr. B. vom 5. November 2021 (Suva-act. 238) veranlasste die Suva dazu, ihre Verfügung vom 31. Mai 2021 wieder zurückzunehmen und die vom Mediziner vorgeschlagenen weiteren Abklärungen in Auftrag zu geben (Bericht von Dr. G. vom 10. November 2021 und Schreiben vom 24. November 2021, Suva-act. 239 f.). Auf Nachfrage des Rechtsvertreters bestätigte die Suva, die Abklärung bei Dr. B. und die anstehende weitere Untersuchung im Universitätsspital Zürich gingen zu ihren Lasten (E-Mail vom 29. November 2021, Suva-act. 242). Ein Rechtsschutzinteresse an der Zusprache der durch die Suva bereits übernommenen Abklärungskosten besteht offensichtlich nicht. Der Versicherte hat auch nicht geltend gemacht, die Suva habe die entsprechenden Untersuchungen entgegen ihrer ausdrücklichen Zusicherung nicht übernommen. Die auf den Bericht von Dr. C. vom 28. März 2023 folgenden Einschätzungen von Dr. B. waren aufgrund des Vorgesagten (E. 6 hiervor) hingegen für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts nicht unerlässlich, wie es für die Übernahme der Abklärungskosten durch die Suva gefordert ist. Der Suva kann ebenfalls keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorgeworfen werden. Es ist darüber hinaus nicht dargetan oder erkennbar, inwiefern sie dem Beschwerdeführer ansonsten allenfalls zu entschädigende, unnötige Kosten verursacht haben könnte (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C\_257/2014 vom 9. Mai 2014 E. 3). Über die bereits zugesicherte Übernahme von Abklärungskosten hinaus schuldet die Suva dem Versicherten daher keinen Kostenersatz.

#### **E. 7**

August 2018 nicht dokumentiert worden sei (Stellungnahme vom 30. Januar 2025, Suva-act. 451 S. 2). Dem hielt Dr. B. \_\_ sinngemäss entgegen, in der radiologischen Untersuchung vom 4. September 2018 habe sich am linken Ellbogen eine als gering bezeichnete Weichteil- schwellung über der Olecranonspitze (mögliche Bursitis olecrani) gezeigt (BF-Bel. 3 S. 7 f.). Mögliche Ursachen einer solchen sei ein Trauma nach Prellung oder Sturz. Im MRI des linken Ellbogens sei am 27. Juni 2019 eine kleine Partialruptur im Bereich der Flexorensehnenplatte, differentialdiagnostisch eine tendinitische Reizung, nachweisbar gewesen. Offenbar hätten damit traumatisch bedingte Veränderungen im Bereich von Bändern und Weichteilgeweben am linken Ellbogen bestanden.

#### **E. 9**

Zusammengefasst steht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die heute anhaltenden Beschwerden des Versicherten nicht auf die Prellung des linken Ellbogens vom 7. August 2018 zurückzuführen sind. Die anderweitige Einschätzung des Beschwerdeführers und Dr. B. \_\_ vermag keine Zweifel an der nachvollziehbaren Beurteilung durch Dr. C. \_\_ zu wecken. Die Suva hat ihre Leistungen daher zu Recht per 20. Juni 2024 eingestellt und einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für die darüber hinaus be- klagten Beschwerden verneint. Die Voraussetzungen für den Ersatz der Kosten für die Einholung von Stellungnahmen bei Dr. B. \_\_ sind darüber hinaus nicht gegeben. Die Beschwerde ist damit vollumfänglich abzuweisen.

24■25

#### **E. 10.1**

Das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG, Art. 18 Abs. 1 PKoG [NG 261.2]).

#### **E. 10.2**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung geschuldet (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

25■25 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Das Verfahren ist kostenlos. 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. 4. [Zustellung]. Stans, 25. August 2025 VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN Sozialversicherungsabteilung Die Vizepräsidentin lic. iur. Barbara Brodmann Der Gerichtsschreiber MLaw Florian Marfurt Versand: Rechtsmittelbelehrung: Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG). Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.

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