

SO_GERICHTE VSBES.2019.27 vom 3. Januar 2019

SO Obergericht, 2019-01-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.27

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.27 du 3 janvier 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.27 del 3 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Der [...] geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war in einem 100%-Pensum als Gerüstemonteur bei der B.____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert.

1.2 Gemäss Schadenmeldung UVG (Suva-Akten-Nummer [Suva-Nr.] 1) vom 6. Juni 2017 fiel dem Beschwerdeführer am 30. Mai 2017 eine Gerüstestange auf den Arm. Dabei erlitt er einen distalen Bizepssehnenabriss am rechten Ellenbogen. Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.3 Zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht legte die Beschwerdegegnerin dem Kreisarzt, C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, die eingeholten medizinischen Akten vor. Nach einer kreisärztlichen Untersuchung legte C.____ seine Beurteilungen im Bericht vom 5. März 2018 (Suva-Nr. 52) dar. In der Folge beantwortete der Kreisarzt mit Stellungnahmen vom 9. Juli 2018 (Suva-Nr. 93) sowie vom 31. Juli 2018 (Suva-Nr. 98) weitere Fragen der Beschwerdegegnerin und beurteilte schliesslich die medizinische Aktenlage mit Bericht vom 21. September 2018 nochmals ausführlich (Suva-Nr. 115). Gestützt auf die besagten Einschätzungen des Kreisarztes stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen mit Verfügung vom 31. Oktober 2018 (Suva-Nr. 134) ein. Von den somatischen Unfallfolgen sei keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten und zwischen den psychogen bedingten Störungen und dem Unfallereignis bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang. Im Weiteren hätten die im Rahmen des Fallabschlusses durchgeführten Prüfungen ergeben, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente und kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bestünden. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (Suva-Nr. 132) wies die Beschwerdegegnerin mit Einsprache-Entscheidung vom 3. Januar 2019 ab (Suva-Nr. 140).

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der

unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 357 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289, je mit Hinweisen).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, sodass die Adäquanz praktisch keine Rolle spielt. Treten nach einem Unfall hingegen psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, bedarf es einer besonderen Adäquanzprüfung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Ausgangslage bildet dabei der augenfällige Geschehensablauf sowie gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien (BGE 134 V 109 E.

E. 2.1

S. 111 f.). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so gelten grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden; sog. Psycho-Praxis (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140; 134

V 109 E. 2.1 S. 111 f.; vgl. zum Ganzen auch: Urteil 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 2).

2.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht 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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende 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 bloss e 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 leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2, je mit Hinweisen).

E. 2.4

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht 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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende 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 bloss e 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 leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1 und 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 4.2, je mit Hinweisen). 3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen

sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3.a S. 352).

3.2 Die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen haben grundsätzlich Beweiswert, doch kommt ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen) 4.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen in Form von Taggeldern und Heilbehandlungen zu Recht per 31. Oktober 2018 eigestellt hat, weil von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung der unfallkausalen Beschwerden erwartet werden konnte. Hierbei stellt sich zum einen die Frage, ob die dem vorinstanzlichen Entscheid zu Grunde gelegte kreisärztliche Beurteilung beweiskräftig ist und zum anderen, ob die anhaltenden Beschwerden unfallkausal sind. Im Weiteren sind der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie jener auf eine Integritätsentschädigung umstritten.

5.

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3.a S. 352).

3.2 Die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen haben grundsätzlich Beweiswert, doch kommt ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen)

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen in Form von Taggeldern und Heilbehandlungen zu Recht per 31. Oktober 2018 eigestellt hat, weil von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung der unfallkausalen Beschwerden erwartet werden konnte. Hierbei stellt sich zum einen die Frage, ob die dem vorinstanzlichen Entscheid zu Grunde gelegte kreisärztliche Beurteilung beweiskräftig ist und zum anderen, ob die anhaltenden Beschwerden unfallkausal sind. Im Weiteren sind der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie jener auf eine Integritätsentschädigung umstritten.

E. 4

Subeventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholung eines externen orthopädisch-psychiatrischen Gutachtens.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass der Endzustand nicht erreicht und der Fallabschluss zu früh geprüft worden sei. Auf die beiden letzten Aktenbeurteilungen des Kreisarztes dürfe nicht abgestellt werden und es sei vielmehr eine Rehabilitation anzuordnen und damit seien auch weiterhin Taggelder zu entrichten. Nach einhelliger ärztlicher Meinung, welcher sich der Kreisarzt anfänglich auch angeschlossen habe, bedürfe es zur weiteren Therapie eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes. Im Weiteren sei das Schmerz- und Beschwerdebild des Beschwerdeführers auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dies würden insbesondere die Berichte von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 23. Januar 2018 und Dr. med. E.____, Facharzt Anästhesiologie, vom 24. August 2018 bestätigen. Auch der Kreisarzt sei ursprünglich von unfallkausalen Beschwerden, einer Teilarbeitsfähigkeit und der Notwendigkeit einer arbeitsorientierten Rehabilitation ausgegangen. Dass er zu einem späteren Zeitpunkt gestützt auf die Akten festgestellt habe, eine Behandlung sei nicht mehr nötig, stehe in

einem diametralen Widerspruch zu seinen bisherigen Berichten sowie auch zur übrigen Aktenlage. An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen vom 31. Juli 2018 und vom 21. September 2018 bestünden erhebliche Zweifel, weshalb sie nicht beweiskräftig seien. Im Rahmen seiner Eventualbegründung beantragt der Beschwerdeführer entsprechend ein externes orthopädisch-psychiatrisches Gutachten. Die Beschwerdegegnerin habe die medizinische Situation in der Gesamtheit nicht fachgerecht bzw. nicht rechtsgenügend abgeklärt. Im Rahmen der Subeventualbegründung wird schliesslich eine ganze Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung verlangt. In Bezug auf die Adäquanz wird ausgeführt, dass das Unfallereignis mindestens als mittelschwer ■ nicht leicht ■ einzustufen sei. Dem Beschwerdeführer sei aus mehreren Metern Höhe eine rund 20 Kilogramm schwere Stange auf den Arm gefallen. Er leide seither an Schmerzen den rechten Arm betreffend. Sodann sei er durchgehend 100 % arbeitsunfähig gewesen, dies auch wenn man bloss die somatischen Beschwerden berücksichtigen würde. Schliesslich sei auch die Behandlungsdauer ungewöhnlich lang. Aus den dargelegten Gründen sei die Adäquanz zu bejahen und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Abgesehen davon habe die Beschwerdegegnerin den Einkommensvergleich unzutreffend vorgenommen. Es könne bei der Berechnung des Invalideneinkommens nicht auf die ermittelten DAP-Zahlen abgestellt werden. Der Beschwerdeführer benötige zumindest am Anfang leidensbedingte Pausen, was bei der Mehrzahl der ausgewählten DAP-Arbeitsplätzen nicht möglich sei. Dazu komme, dass der Beschwerdeführer über keine Anlehre verfüge, was aber bei einem Teil der ausgewählten Arbeitsplätze vorausgesetzt würde. Das Invalideneinkommen müsse daher mit den LSE-Tabellenlöhnen und einem leidensbedingten Abzug von 25 % ermittelt werden, was zu einem Rentenanspruch führe. Schliesslich dürfe auch im Hinblick auf die Integritätsentschädigung nicht auf die Einschätzung des Kreisarztes in seiner Beurteilung vom 21. September 2018 abgestellt werden. Der Kreisarzt habe wiederholt widersprüchliche Einschätzungen abgegeben, weshalb er auch in diesem Punkt nicht zu hören sei. Überdies habe er selbst im Bericht vom 5. März 2018 eine verminderte Kraft im Ellenbogen festgestellt.

5.2 Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Taggelder und Heilkosten seien nicht verfrüht eingestellt worden. Gestützt auf die Beurteilungen des Kreisarztes habe davon ausgegangen werden dürfen, dass keine Behandlung den unfallbedingten Gesundheitszustand des Versicherten namhaft verbessert hätte. Gemäss kreisärztlicher Beurteilung vom 21. September 2018 sei die präsentierte Pathologie nicht mehr mit den Folgen des erlittenen Unfalls zu erklären. Es bestehe vielmehr eine psychische Problematik mit mittelschwerer Depression. Es liege keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr vor, womit von einer weiteren Behandlung per se keine namhafte Besserung erwartet werden könne. Was die erwähnte stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation anbelange, so sei weder vom Kreisarzt noch von den Ärzten des F.____ jemals erwähnt worden, dass diese zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes führen würde. Auch die Beurteilung von Dr. med. E.____, wonach dringend eine multimodale Schmerzbehandlung, am besten in Form einer stationären Rehabilitation, angezeigt sei, ziele auf die Behandlung unfallfremder psychischer Beschwerden ab und sei daher unbeachtlich. Im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Beschwerden kam die Beschwerdegegnerin ferner zum Schluss, dass von einem leichten Unfall auszugehen sei. Folglich seien die psychischen Beschwerden nicht adäquat-kausal und bei der Beurteilung

der Versicherungsleistungen ausser Acht zu lassen. Beim Einkommensvergleich ermittelte die Beschwerdegegnerin sodann einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 2.52 %. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen von CHF 60'198.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 58'680.00 aus, wobei Letzteres anhand von fünf DAP-Profilen ermittelt wurde (Suva-Nr. 122 f.). Schliesslich verneinte die Beschwerdegegnerin auch den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. In der ärztlichen Beurteilung vom 21. September 2018 habe der Kreisarzt festgestellt, dass bei ausgezeichneter Ellenbogengelenksbeweglichkeit und guter Kraftentwicklung der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreiche.

6. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich Zeitpunkt des Fallabschlusses, Arbeitsfähigkeit, adäquate Kausalität, Invalideneinkommen und verbleibender Integritätsschaden sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten relevant:

6.1 Im Austrittsbericht des F. ___ vom 15. Juni 2017 (Suva-Nr. 15) diagnostizierte Dr. med. G. ___, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine distale Bizepssehnenruptur am rechten Ellenbogen. Mit Operation vom 13. Juni 2017 sei eine Refixation der distalen Bizepssehne rechts erfolgt. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet.

6.2 Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. G. ___ vom 26. Oktober 2017 (Suva-Nr. 27) lag ein erfreuliches postoperatives Ergebnis vor. Reizfreie Narbenverhältnisse, gute Beweglichkeit des Ellenbogengelenks und subjektiv gute Kraft.

6.3 Einem weiteren Verlaufsbericht von Dr. med. G. ___ vom 13. November 2017 (Suva-Nr. 30) ist sodann zu entnehmen, dass die Schmerzsymptomatik des Patienten diffus und von ärztlicher Seite aus nicht mehr konklusiv zu erklären sei. Es sei fraglich, ob die geschilderten neurologischen Beschwerden mit der Operation zusammenhängen. Hinweise hierfür seien nicht ersichtlich. Auch die Belastungseinschränkung, welche der Patient nach repetitivem Anheben von kleinen Gewichten empfinde, sei fraglich.

6.4 Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Januar 2018 (Suva-Nr. 45) eine Brachialgie. Die Beschwerden mit Brachialgie und neurogenen Veränderungen im Bizeps seien verdächtig auf eine Schädigung der 6. cervicalen Wurzel gewesen, was jedoch nicht belegt werden können. Damit stehe in erster Linie eine Plexusaffektion zur Diskussion, allenfalls auch eine Zerrung vom N musculocutaneus weiter distal im Zusammenhang mit dem Trauma. Relevante Paresen seien trotz neurogener Veränderungen in der Muskulatur klinisch keine vorhanden, Sensibilitätsstörungen nicht sicher nachzuweisen. Nicht ausgeschlossen werden könne eine Überlastung als Ursache der Schmerzen. Die geschilderten Parästhesien entsprächen dem Versorgungsbereich vom N ulnaris. Neurologisch zeige dieser jedoch normale Messwerte.

6.5 Am 13. April 2018 diagnostizierte Dr. med. H. ___, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, I. ___, (Suva-Nr. 83) eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.10) und einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4).

6.6 Im Bericht vom 5. März 2018 (Suva-Nr. 52) diagnostizierte der Kreisarzt, Dr. med. C. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, einen Abriss der distalen Bizepssehne rechts, einen Status nach OSG-Distorsion Grad I rechts sowie einen chronischen Nikotinkonsum. Den

Befunden ist unter anderem zu entnehmen, dass die Kraft für die Ellenbogenflexion rechts im Vergleich zur Gegenseite etwas vermindert erschien. In der Beurteilung beschrieb der Kreisarzt, dass bei der klinischen Untersuchung die Narben reizlos gewesen seien. Bei Flexion gegen Widerstand spanne sich die distale Bizepssehne gut an und könne in Kontinuität getastet werden. Die Muskelfunktionen des M. biceps seien intakt. Eine wesentliche Atrophie lasse sich nicht feststellen. Die Vorderarmmuskulatur sei beidseits kräftig, die Hand- und Fingerfunktion seitengleich. Auch die Schultergelenksbeweglichkeit sei seitengleich und das Mitbewegen der Scapulae symmetrisch. Die vom Versicherten noch beklagten Restbeschwerden seien am ehesten durch die länger anhaltende Schonhaltung respektive den Nichtgebrauch des rechten Arms bedingt. Hinweise für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) fehlten. Es empfehle sich die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit, vorerst mit verminderter Belastung und allenfalls zeitlicher Beschränkung. Begleitend solle die Physiotherapie weitergeführt werden. Die Zumutbarkeit könne wie folgt definiert werden: Zumutbar seien mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten beidhändig bis 15 ■ 20 Kilogramm. Vorderhand sollten ruckartige sowie belastete Bewegungen mit dem rechten Arm mit Gewichten über zehn Kilogramm noch vermieden werden. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen sowie abrupten Bewegungen auf das rechte Ellenbogengelenk. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz empfehle sich eine stufenweise Belastungssteigerung mit vorerst 50%iger Arbeitsplatzpräsenz und verminderter Belastung. Hier sei eine stufenweise Steigerung der Arbeitsplatzpräsenz um 25 % in monatlichen Abständen sinnvoll. Die körperliche Belastung solle ebenfalls sukzessive in einem Zeitraum von maximal drei Monaten bis zur Vollbelastung gesteigert werden. Sollte ein stufenweiser Wiedereinstieg am Arbeitsplatz aus organisatorischen Gründen nicht möglich sein, sei eine stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation zu erwägen.

6.7 Dem Bericht von Dr. med. G.____, F.____, vom 11. Mai 2018 (Suva-Nr. 79) lassen sich folgende Befunde entnehmen: Die Schulter sei frei mobil, kräftig und ohne Schmerzen bei Widerstandstestung. Es bestünden Druckdolenz periscapulär medial und cranial gewisse muskuläre Verspannungen. Die Mobilität des Ellenbogens sei frei. Die Kraft des Ellenbogens sei M5 in jeder Ebene. Die Angaben von Druckdolenz über der distalen Bizepssehne sei unterschiedlich, teils mit Elektrisieren bis zum Handgelenk, teils unauffällig und zeitweilig mit deutlichem Druckempfinden hier. Der Bizepsumfang sei im Seitenvergleich minim reduziert. Peripher intakte Sensomotorik. Die Bildgebung mittels Sonographie der rechten Schulter zeige unauffällige Bizeps- und Rotatorenmanschettensehnen. Die Sonographie des rechten Ellenbogens zeige eine intakte Reinsertion der distalen Bizepssehne. Insgesamt sei das Beschwerdebild äusserst bunt und nicht mehr im Zusammenhang mit der Bizepssehnenruptur und -OP erklärbar. Der Vorschlag einer arbeitsorientierten Rehabilitation werde unterstützt. Weitere Kontrolltermine seien im F.____ nicht verabredet. Momentan werde kein möglicher Beitrag in einer Behandlung des Beschwerdebildes gesehen.

6.8 Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte im Bericht vom 14. Mai 2018 (Suva-Nr. 82) eine Brachialgie rechts und eine depressive Episode mit Verweis auf den orthopädischen Bericht des F.____ und den Bericht der I.____ vom 14. April 2018. Als weitere Behandlung schlug er eine psychiatrische Therapie vor.

6.9 Gemäss Beurteilung im Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, L.____, vom 20. Juni 2018 (Suva-Nr. 89) finde sich kein Hinweis für eine system-entzündliche rheumatologische Erkrankung. Die Hauptproblematik sei aktuell die Schmerzausweitung durch die Inaktivität. Weitere Kontrolltermine seien nicht vereinbart worden.

6.10 Mit Stellungnahme vom 9. Juli 2018 (Suva-Nr. 93) führte der Kreisarzt Dr. med. C.____ aus, beim Versicherten sei bereits anlässlich der Kreisarztuntersuchung vom 5. März 2018 festgehalten worden, dass diesem auch belastete Tätigkeiten prinzipiell ganztags zumutbar seien, ihm aber aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz eine stufenweise Steigerung ermöglicht werden solle. Sollte das am Arbeitsplatz nicht möglich sein, sei alternativ eine stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation vorgeschlagen worden. Falls ausschliesslich unfallfremde Gründe für die Arbeitsunfähigkeit bestünden, könne der Fall aus unfallversicherungsmedizinischer Sicht abgeschlossen werden. Andernfalls werde empfohlen, die Belastung unter stationären Bedingungen im Rahmen einer arbeitsorientierten Rehabilitation zu steigern, damit der Versicherte wieder Vertrauen in die Funktion seines Körpers zurückgewinnen könne.

6.11 Mit Bericht vom 13. Juli 2018 (Suva-Nr. 97) bejahte Dr. med. J.____ die Frage der Beschwerdegegnerin, ob die aktuelle Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich auf unfallfremde Gründe zurückzuführen sei (Suva-Nr. 95).

6.12 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, ob noch Folgen oder Teilfolgen des Unfalles vom 30. März 2018 vorlägen und ob die aktuelle Behandlung ausschliesslich krankheitsbedingt erfolge, antwortete der Kreisarzt Dr. med. C.____ mit Stellungnahme vom 31. Juli 2018 (Suva-Nr. 98), dass bei Zustand nach operativer Versorgung eines distalen Bizepssehneaurisses definitionsgemäss Unfallfolgen vorlägen. Bei erfolgreich reinsertierter Sehne sei der Versicherte aber im Rahmen der Zumutbarkeit voll arbeitsfähig. Eine Behandlung sei nicht mehr nötig.

6.13 Am 24. August 2018 diagnostizierte Dr. med. E.____, Facharzt Anästhesiologie, M.____, (Suva-Nr. 109) ein ausgedehntes myofaszielles Schmerzbild bei Status nach Arbeitsunfall mit Verletzung des rechten Arms, damals mit Ausriss der Bizepssehne (ICD-10 R52.9), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Beim Versicherten seien in Folge eines Arbeitsunfalls mit Verletzung am rechten Arm die vormals bestehenden Schmerzbilder mittlerweile massiv ausgeweitet. Diese Phänomene liessen sich selbstverständlich nicht durch eine isolierte somatische Pathologie erklären, sondern seien eindeutig als Folge einer chronischen Schmerzerkrankung zu werten. Eine ambulante Anbindung an eine Psychiaterin bestehe. Der Versicherte brauche dringend eine multimodale Schmerzbehandlung, am besten in Form einer stationären Rehabilitation.

6.14 Gestützt auf die medizinische Aktenlage diagnostizierte der Kreisarzt Dr. med. C.____ am 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) einen Abriss der distalen Bizepssehne rechts, bei distaler Bizepssehnen-Reinsertion am 13. Juni 2017 und aktuell reizlosen Narbenverhältnissen; die distale Bizepssehne lasse sich bei Flexion gegen Widerstand kräftig und in Kontinuität palpieren. Es bestünden keine Hinweise für eine Muskelatrophie. Als weitere Diagnosen wurden (1.) ein ausgedehntes myofaszielles Schmerzbild, (2.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, (3.) ein Status nach OSG-Distorsion Grad I rechts sowie (4.) ein chronischer Nikotinkonsum genannt. In der

Beurteilung führte der Kreisarzt aus, dass mehr als ein Jahr nach operativ versorgtem distalem Bizepssehnenabriss der Versicherte bei klinisch ausgezeichnetem Resultat auch eine gute seitengleiche Muskelfunktion zeige. Hinweise für einen wesentlichen Mindergebrauch des rechten Armes fänden sich nicht. Es liege eine seitengleiche Muskelatrophie vor. Hinweise für das Vorliegen eines CRPS fehlten. Inzwischen bestehe eine ausgeprägte Symptomausweitung mit ausgedehntem myofasziellem Schmerzbild. Eine rheumatologische Genese habe ausgeschlossen werden können. Die präsentierte Pathologie sei nicht mehr als Folge des erlittenen Unfalls zu erklären. Es bestehe vielmehr eine psychische Problematik mit mittelschwerer Depression und ausgeprägter sozialer Problematik. Unfallbedingt lägen keine behandlungsbedürftigen Einschränkungen mehr vor. Die aktuell vorgeschlagene Therapie würde die unfallfremden Beschwerden (Depression, Symptomausweitung, usw.) adressieren. An der Zumutbarkeit gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 5. März 2018 werde festgehalten. Bei ausgezeichneter Ellenbogengelenksbeweglichkeit und guter Kraftentwicklung erreiche der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass.

7. Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen betreffend Taggeld und Heilbehandlung per 31. Oktober 2018 ein. Dabei stützte sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilung des Kreisarztes, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Der Kreisarzt hält in seinem Bericht vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) zunächst fest, dass ein Jahr nach dem operativ versorgten distalen Bizepssehnenabriss ein klinisch ausgezeichnetes Resultat sowie eine seitengleiche Muskelfunktion vorliege. Die Ellenbogenbeweglichkeit sei ausgezeichnet und die Kraftentwicklung gut. Die Narbenverhältnisse seien reizlos. Die distale Bizepssehne lasse sich bei Flexion gegen Widerstand kräftig und in Kontinuität palpieren. Es gebe keine Hinweise für eine Muskelatrophie oder ein CRPS. Bezüglich Behandlungsbedarf stellte der Kreisarzt im Weiteren fest, dass unfallbedingt keine behandlungsbedürftigen Einschränkungen mehr vorlägen. Eine Therapie würde unfallfremde Beschwerden (Depression, Symptomausweitung, usw.) adressieren.

7.1.1 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Rechtsprechungsgemäss folgt aus dieser Bestimmung, dass dann, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist, der sogenannte «Fallabschluss» vorzunehmen ist: Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: a.a.O., S. 143, mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Da die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Der Begriff «namhaft» verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss.

Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

7.1.2. 1 Die Beurteilung des Kreisarztes vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) ergibt zusammen mit den kreisärztlichen Untersuchungsergebnissen vom 5. März 2018 (Suva-Nr. 52) eine überzeugende Beweisgrundlage in Bezug auf den Heilungsverlauf. Bereits damals berichtete der Kreisarzt von reizlosen Narben, guter Spannung der distalen Bizepssehne bei Flexion gegen Widerstand, seitengleichen Hand- und Fingerfunktionen, seitengleicher Schultergelenksbeweglichkeit, intakten Muskelfunktionen des Bizepses und beidseits kräftiger Vorderarmmuskulatur. Einzig die Kraft im rechten Ellenbogen erschien dem Kreisarzt damals im Vergleich zur linken Seite etwas vermindert. Im Bericht vom 21. September 2018 befand er die Kraftentwicklung im rechten Ellenbogen sodann für gut. Dass sich die im Vergleich zur linken Seite etwas verminderte Kraft im rechten Ellenbogen innerhalb eines halben Jahres gut entwickelt hat, erscheint angesichts der medizinischen Aktenlage plausibel. Denn auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte gehen das erfolgreiche Resultat der operativ reinserierten Bizepssehne sowie die grundsätzlich einwandfreien Befunde hinsichtlich der Beweglichkeit und der Muskelentwicklung im rechten Ellenbogen und in der rechten Schulter hervor. Der behandelnde Orthopäde des F. ___, Dr. med. G. ___, berichtete etwa von einem erfreulichen postoperativen Ergebnis, reizfreien Narben, einer guten Beweglichkeit des Ellenbogengelenks und hielt fest, die Kraft des Ellenbogens betrage M5 in jeder Ebene (Suva-Nr. 15, 27 und 79). Der Neurologe Dr. med. D. ___ konnte klinisch keine relevanten Paresen feststellen und Sensibilitätsstörungen nicht sicher nachweisen. Der Ellennerv (N ulnaris) zeige normale Messwerte (Suva-Nr. 45). Der Rheumatologe Dr. med. K. ___ schloss ausserdem eine rheumatologische Erkrankung aus (Suva-Nr. 89). Insofern erweist sich die kreisärztliche Beurteilung bezüglich des postoperativen Verlaufs, der ausgezeichneten Ellenbogenbeweglichkeit und der guten Kraftentwicklung als schlüssig und überzeugend.

7.1.2.2 Gestützt auf diese Ausführungen ist es sodann ebenfalls nachvollziehbar, dass gemäss kreisärztlicher Einschätzung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann. Der Umstand, dass der Kreisarzt ursprünglich eine Rehabilitation empfohlen hatte, begründet ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ keinen Widerspruch in der kreisärztlichen Beurteilung. Wie soeben dargelegt, zeigte die klinische Untersuchung vom 5. März 2018 bezüglich Beweglichkeit und Muskelentwicklung des rechten Ellenbogens und der rechten Schulter grundsätzlich einwandfreie Befunde. Dementsprechend ging der Kreisarzt davon aus, dass die vom Versicherten beklagten Restbeschwerden durch die länger anhaltende Schonhaltung respektive den Nichtgebrauch des rechten Arms bedingt waren und empfahl aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz ■ bei prinzipiell voller Arbeitsfähigkeit ■ einen stufenweisen Arbeitseinstieg resp. alternativ eine stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation. Nachdem dann aber zunächst der behandelnde Orthopäde Dr. med. G. ___ in seinem Bericht vom 11. Mai 2018 (Suva-Nr. 79) festgehalten hatte, das Beschwerdebild sei insgesamt äusserst bunt und nicht mehr im Zusammenhang mit der Bizepssehnenruptur erklärbar, beurteilte der Kreisarzt die Sachlage mit Stellungnahme vom 9. Juli 2018 (Suva-Nr. 93) neu. Betreffend das weitere Vorgehen hielt er fest, falls ausschliesslich unfallfremde Gründe für die Arbeitsunfähigkeit vorlägen, könne ein Fallabschluss ohne stufenweisen Einstieg resp. Rehabilitation erfolgen. Nachdem in der Folge noch ein weiterer behandelnder Arzt, Dr. med. J. ___, am 13. Juli 2018 festgestellt hatte (Suva-Nr. 97), dass die Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich auf unfallfremde Gründe

zurückzuführen sei, bezog der Kreisarzt am 31. Juli 2018 deutlicher Stellung (Suva-Nr. 98) und befand, dass eine Behandlung nicht mehr nötig sei. An dieser Einschätzung hielt er im Rahmen seiner Beurteilung vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) fest. Die im Verlauf neu beurteilte Situation in Bezug auf die Erforderlichkeit einer Rehabilitation erscheint nachvollziehbar. Die Sachlage hatte sich insoweit verändert, als die behandelnden Ärzte, Dr. med. G. ___ und Dr. med. J. ___, das Beschwerdebild im weiteren Verlauf als nicht mehr unfallkausal qualifizierten. Entsprechend ist es nachvollziehbar, wenn der Kreisarzt seine Einschätzung revidierte und nicht mehr davon ausging, dass die beklagten Restbeschwerden durch die länger anhaltende Schonhaltung bedingt waren, sondern durch unfallfremde Gründe. Zu verneinen ist die Unfallkausalität auch mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung. Diese besagt, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt worden sind und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251). Solche organisch objektiv ausgewiesenen Unfallrestfolgen liegen hier nicht mehr vor. Die beklagten Beschwerden des Versicherten konnten gemäss Aktenlage nicht mit bildgebenden Abklärungen bestätigt werden. Insbesondere die Sonographien gemäss Bericht von Dr. med. G. ___, Kantonsspital Olten, vom 11. Mai 2018 (Suva-Nr. 79) zeigten unauffällige Bizeps- und Rotatorenmanschettensehnen sowie eine intakte Reinsertion der distalen Bizepssehne. Somit handelt es sich bei der Schmerzsymptomatik um eine organisch nicht objektiv ausgewiesene Unfallfolge im Sinne der Rechtsprechung. Demnach überzeugt die Schlussfolgerung des Kreisarztes, wonach die präsentierte Pathologie rechtlich nicht mehr Folge des erlittenen Unfalls sei und vielmehr eine ausgeprägte Symptomausweitung mit ausgedehntem myofasziellem Schmerzbild sowie eine psychische Problematik mit mittelschwerer Depression und ausgeprägter sozialer Problematik bestünden. Wie bereits erwähnt, waren auch die behandelnden Ärzte, Dr. med. G. ___ und Dr. med. J. ___, der Ansicht, dass das Beschwerdebild nicht mehr im Zusammenhang mit der Bizepssehnenruptur erklärbar sei (Suva-Nr. 79 und 97). Gegenteiliges wurde ausserdem ■ entgegen der Darlegung des Beschwerdeführers ■ von Dr. med. D. ___ und Dr. med. N. ___ nicht berichtet. In dem von Dr. med. D. ___ erhobenen MRI der Halswirbelsäule konnten die festgestellten Beschwerden mit Brachialgien und neurogenen Veränderungen im Bizeps, welche einen Verdacht auf eine Schädigung der 6. cervicalen Wurzel nahelegten, nicht belegt werden. Ausserdem zeigte der Ellenerv (N ulnaris) normale Messwerte (Suva-Nr. 45). Sodann stellte auch Dr. med. N. ___ fest, dass sich die Schmerzausweitung nicht durch eine isolierte somatische Pathologie erklären lasse, sondern eindeutig als Folge einer chronischen Schmerzerkrankung zu werten sei. Insofern vermögen weder der Bericht von Dr. med. D. ___ noch jener von Dr. med. N. ___ die These, die fortbestehende Symptomatik sei unfallfremd, in Frage zu stellen.

7.1.3 Nach dem Gesagten erweist es sich als schlüssig und nachvollziehbar, dass eine weitere Behandlung nur noch nicht somatisch bedingte Beschwerden therapieren würde. Mit der Beschwerdegegnerin und gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Kreisarztes ist deshalb davon auszugehen, dass spätestens per 31. Oktober 2018 von der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt.

7.2. Wie soeben dargelegt, liegt für die weiterhin persistierende Schmerzsymptomatik kein unfallbedingtes, organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat vor, so dass nachfolgend eine besondere Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmen ist. Zu prüfen sind die besonderen Adäquanzkriterien anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen (vgl. Erwägung II. 2.3. hiervor).

7.2.1 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen. Das Unfallereignis ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

- 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.

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten einstuft ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

7.2.2 Bezüglich der Schwere des Unfalls vom 30. Mai 2017 ist folgendes festzuhalten: Gemäss Schadenmeldung UVG (Suva-Nr. 1) fiel dem Beschwerdeführer eine Gerüstestange auf den Arm. In seiner Beschwerde führt der Versicherte hingegen aus, die Stange habe 20 Kilogramme gewogen und sei aus mehreren Metern Höhe auf seinen Arm gefallen. Es sei von einer hohen Kraftentwicklung und damit von einem mittelschweren Unfallereignis auszugehen. Demgegenüber stufte die Beschwerdegegnerin das Unfallereignis als leicht ein.

7.2.2.1 Einen leichten Unfall nahm das Bundesgericht an, als ein Gerüstebauer von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C_177/2009 vom 12. August 2009 E. 7.2). Ebenfalls als leicht qualifiziert wurde ein Ereignis, bei welchem der Versicherte bei Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 Kilogramm schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen wurde, danach aber

gemäss seinen eigenen Angaben noch in der Lage war, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab (Urteil des Bundesgerichts 8C_855/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1 mit Verweis auf Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) U 5/01 vom 15. Oktober 2001 E. 5). Ein mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten bestätigte das Bundesgericht sodann in einem Fall, in welchem dem Versicherten ein gebrochenes Lavabo auf den Fuss fiel (Urteil des Bundesgerichts 8C_788/2015 vom 10. März 2016 E. 4). Ein mittelschweres Ereignis im engeren Sinn wurde dagegen angenommen, als eine Versicherte auf einer Bank an der Hausfassade sass, als eine "Hollywoodschaukel", welche sich auf der darüberliegenden Dachterrasse befand, durch eine Windböe erfasst wurde und über das Geländer auf ihren Kopf und die Schulter fiel (Urteil des Bundesgerichts 8C_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.3). Ebenfalls als mittelschwer qualifiziert wurde ein Unfall, bei welchem einem Bauarbeiter eine Packung mit Isolationsmaterial auf den behelmten Kopf und auf das Gesicht fiel (Urteil des Bundesgerichts 8C_57/2008 vom 16. Mai 2008 E. 8.1). Entscheidend für die Kategorisierung sind hauptsächlich die sich beim Vorfall entwickelnden Kräfte. Ein Abgrenzungskriterium zwischen mittelschwer im engeren Sinn und mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen kann auch darin gesehen werden, ob ein schwerer Gegenstand den Kopf oder aber die Extremitäten erfasst hat (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_788/2015 vom

E. 5.1

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass der Endzustand nicht erreicht und der Fallabschluss zu früh geprüft worden sei. Auf die beiden letzten Aktenbeurteilungen des Kreisarztes dürfe nicht abgestellt werden und es sei vielmehr eine Rehabilitation anzuordnen und damit seien auch weiterhin Taggelder zu entrichten. Nach einhelliger ärztlicher Meinung, welcher sich der Kreisarzt anfänglich auch angeschlossen habe, bedürfe es zur weiteren Therapierung eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes. Im Weiteren sei das Schmerz- und Beschwerdebild des Beschwerdeführers auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dies würden insbesondere die Berichte von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 23. Januar 2018 und Dr. med. E.____, Facharzt Anästhesiologie, vom 24. August 2018 bestätigen. Auch der Kreisarzt sei ursprünglich von unfallkausalen Beschwerden, einer Teilarbeitsfähigkeit und der Notwendigkeit einer arbeitsorientierten Rehabilitation ausgegangen. Dass er zu einem späteren Zeitpunkt gestützt auf die Akten festgestellt habe, eine Behandlung sei nicht mehr nötig, stehe in einem diametralen Widerspruch zu seinen bisherigen Berichten sowie auch zur übrigen Aktenlage. An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen vom 31. Juli 2018 und vom 21. September 2018 bestünden erhebliche Zweifel, weshalb sie nicht beweiskräftig seien. Im Rahmen seiner Eventualbegründung beantragt der Beschwerdeführer entsprechend ein externes orthopädisch-psychiatrisches Gutachten. Die Beschwerdegegnerin habe die medizinische Situation in der Gesamtheit nicht fachgerecht bzw. nicht rechtsgenügend abgeklärt. Im Rahmen der Subeventualbegründung wird schliesslich eine ganze Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung verlangt. In Bezug auf die Adäquanz wird ausgeführt, dass das Unfallereignis mindestens als mittelschwer – nicht leicht – einzustufen sei. Dem Beschwerdeführer sei aus mehreren Metern Höhe eine rund 20 Kilogramm schwere Stange auf den Arm gefallen. Er leide seither an Schmerzen den rechten Arm betreffend. Sodann sei er durchgehend 100 % arbeitsunfähig gewesen, dies auch wenn man bloss die somatischen Beschwerden berücksichtigen würde. Schliesslich sei auch die Behandlungsdauer ungewöhnlich lang.

Aus den dargelegten Gründen sei die Adäquanz zu bejahen und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Abgesehen davon habe die Beschwerdegegnerin den Einkommensvergleich unzutreffend vorgenommen. Es könne bei der Berechnung des Invalideneinkommens nicht auf die ermittelten DAP-Zahlen abgestellt werden. Der Beschwerdeführer benötige zumindest am Anfang leidensbedingte Pausen, was bei der Mehrzahl der ausgewählten DAP-Arbeitsplätzen nicht möglich sei. Dazu komme, dass der Beschwerdeführer über keine Anlehre verfüge, was aber bei einem Teil der ausgewählten Arbeitsplätze vorausgesetzt würde. Das Invalideneinkommen müsse daher mit den LSE-Tabellenlöhnen und einem leidensbedingten Abzug von 25 % ermittelt werden, was zu einem Rentenanspruch führe. Schliesslich dürfe auch im Hinblick auf die Integritätsentschädigung nicht auf die Einschätzung des Kreisarztes in seiner Beurteilung vom 21. September 2018 abgestellt werden. Der Kreisarzt habe wiederholt widersprüchliche Einschätzungen abgegeben, weshalb er auch in diesem Punkt nicht zu hören sei. Überdies habe er selbst im Bericht vom 5. März 2018 eine verminderte Kraft im Ellenbogen festgestellt.

5.2 Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Taggelder und Heilkosten seien nicht verfrüht eingestellt worden. Gestützt auf die Beurteilungen des Kreisarztes habe davon ausgegangen werden dürfen, dass keine Behandlung den unfallbedingten Gesundheitszustand des Versicherten namhaft verbessert hätte. Gemäss kreisärztlicher Beurteilung vom 21. September 2018 sei die präsentierte Pathologie nicht mehr mit den Folgen des erlittenen Unfalls zu erklären. Es bestehe vielmehr eine psychische Problematik mit mittelschwerer Depression. Es liege keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr vor, womit von einer weiteren Behandlung per se keine namhafte Besserung erwartet werden könne. Was die erwähnte stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation anbelange, so sei weder vom Kreisarzt noch von den Ärzten des F.____ jemals erwähnt worden, dass diese zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes führen würde. Auch die Beurteilung von Dr. med. E.____, wonach dringend eine multimodale Schmerzbehandlung, am besten in Form einer stationären Rehabilitation, angezeigt sei, ziele auf die Behandlung unfallfremder psychischer Beschwerden ab und sei daher unbeachtlich. Im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Beschwerden kam die Beschwerdegegnerin ferner zum Schluss, dass von einem leichten Unfall auszugehen sei. Folglich seien die psychischen Beschwerden nicht adäquat-kausal und bei der Beurteilung der Versicherungsleistungen ausser Acht zu lassen. Beim Einkommensvergleich ermittelte die Beschwerdegegnerin sodann einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 2.52 %. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen von CHF 60'198.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 58'680.00 aus, wobei Letzteres anhand von fünf DAP-Profilen ermittelt wurde (Suva-Nr. 122 f.). Schliesslich verneinte die Beschwerdegegnerin auch den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. In der ärztlichen Beurteilung vom 21. September 2018 habe der Kreisarzt festgestellt, dass bei ausgezeichneter Ellenbogengelenksbeweglichkeit und guter Kraftentwicklung der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreiche.

6. Hinsichtlich der vorliegend umstrittenen Fragen bezüglich Zeitpunkt des Fallabschlusses, Arbeitsfähigkeit, adäquate Kausalität, Invalideneinkommen und verbleibender Integritätsschaden sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten relevant:

6.1 Im Austrittsbericht des F.____ vom 15. Juni 2017 (Suva-Nr. 15) diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine distale Bizepssehnenruptur am rechten Ellenbogen. Mit

Operation vom 13. Juni 2017 sei eine Refixation der distalen Bizepssehne rechts erfolgt. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. 6.2 Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. G.____ vom 26. Oktober 2017 (Suva-Nr. 27) lag ein erfreuliches postoperatives Ergebnis vor. Reizfreie Narbenverhältnisse, gute Beweglichkeit des Ellenbogengelenks und subjektiv gute Kraft. 6.3 Einem weiteren Verlaufsbericht von Dr. med. G.____ vom 13. November 2017 (Suva-Nr. 30) ist sodann zu entnehmen, dass die Schmerzsymptomatik des Patienten diffus und von ärztlicher Seite aus nicht mehr konklusiv zu erklären sei. Es sei fraglich, ob die geschilderten neurologischen Beschwerden mit der Operation zusammenhingen. Hinweise hierfür seien nicht ersichtlich. Auch die Belastungseinschränkung, welche der Patient nach repetitivem Anheben von kleinen Gewichten empfinde, sei fraglich. 6.4 Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Januar 2018 (Suva-Nr. 45) eine Brachialgie. Die Beschwerden mit Brachialgie und neurogenen Veränderungen im Bizeps seien verdächtig auf eine Schädigung der 6. cervicalen Wurzel gewesen, was jedoch nicht habe belegt werden können. Damit stehe in erster Linie eine Plexusaffektion zur Diskussion, allenfalls auch eine Zerrung vom N musculocutaneus weiter distal im Zusammenhang mit dem Trauma. Relevante Paresen seien trotz neurogener Veränderungen in der Muskulatur klinisch keine vorhanden, Sensibilitätsstörungen nicht sicher nachzuweisen. Nicht ausgeschlossen werden könne eine Überlastung als Ursache der Schmerzen. Die geschilderten Parästhesien entsprächen dem Versorgungsbereich vom N ulnaris. Neurologisch zeige dieser jedoch normale Messwerte. 6.5 Am 13. April 2018 diagnostizierte Dr. med. H.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, I.____, (Suva-Nr. 83) eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.10) und einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). 6.6 Im Bericht vom 5. März 2018 (Suva-Nr. 52) diagnostizierte der Kreisarzt, Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, einen Abriss der distalen Bizepssehne rechts, einen Status nach OSG-Distorsion Grad I rechts sowie einen chronischen Nikotinkonsum. Den Befunden ist unter anderem zu entnehmen, dass die Kraft für die Ellenbogenflexion rechts im Vergleich zur Gegenseite etwas vermindert erschien. In der Beurteilung beschrieb der Kreisarzt, dass bei der klinischen Untersuchung die Narben reizlos gewesen seien. Bei Flexion gegen Widerstand spanne sich die distale Bizepssehne gut an und könne in Kontinuität getastet werden. Die Muskelfunktionen des M. biceps seien intakt. Eine wesentliche Atrophie lasse sich nicht feststellen. Die Vorderarmmuskulatur sei beidseits kräftig, die Hand- und Fingerfunktion seitengleich. Auch die Schultergelenkbeweglichkeit sei seitengleich und das Mitbewegen der Scapulae symmetrisch. Die vom Versicherten noch beklagten Restbeschwerden seien am ehesten durch die länger anhaltende Schonhaltung respektive den Nichtgebrauch des rechten Arms bedingt. Hinweise für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) fehlten. Es empfehle sich die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit, vorerst mit verminderter Belastung und allenfalls zeitlicher Beschränkung. Begleitend solle die Physiotherapie weitergeführt werden. Die Zumutbarkeit könne wie folgt definiert werden: Zumutbar seien mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten beidhändig bis 15 – 20 Kilogramm. Vorderhand sollten ruckartige sowie belastete Bewegungen mit dem rechten Arm mit Gewichten über zehn Kilogramm noch vermieden werden. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen sowie abrupten Bewegungen auf das rechte Ellenbogengelenk. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei prinzipiell eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Aufgrund der langen

Abwesenheit vom Arbeitsplatz empfehle sich eine stufenweise Belastungssteigerung mit vorerst 50%iger Arbeitsplatzpräsenz und verminderter Belastung. Hier sei eine stufenweise Steigerung der Arbeitsplatzpräsenz um 25 % in monatlichen Abständen sinnvoll. Die körperliche Belastung solle ebenfalls sukzessive in einem Zeitraum von maximal drei Monaten bis zur Vollbelastung gesteigert werden. Sollte ein stufenweiser Wiedereinstieg am Arbeitsplatz aus organisatorischen Gründen nicht möglich sein, sei eine stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation zu erwägen.

6.7 Dem Bericht von Dr. med. G.____, F.____, vom 11. Mai 2018 (Suva-Nr. 79) lassen sich folgende Befunde entnehmen: Die Schulter sei frei mobil, kräftig und ohne Schmerzen bei Widerstandstestung. Es bestünden Druckdolenz periscapulär medial und cranial gewisse muskuläre Verspannungen. Die Mobilität des Ellenbogens sei frei. Die Kraft des Ellenbogens sei M5 in jeder Ebene. Die Angaben von Druckdolenz über der distalen Bizepssehne sei unterschiedlich, teils mit Elektrisieren bis zum Handgelenk, teils unauffällig und zeitweilig mit deutlichem Druckempfinden hier. Der Bizepsumfang sei im Seitenvergleich minim reduziert. Peripher intakte Sensomotorik. Die Bildgebung mittels Sonographie der rechten Schulter zeige unauffällige Bizeps- und Rotatorenmanschettensehnen. Die Sonographie des rechten Ellenbogens zeige eine intakte Reinsertion der distalen Bizepssehne. Insgesamt sei das Beschwerdebild äusserst bunt und nicht mehr im Zusammenhang mit der Bizepssehnenruptur und -OP erklärbar. Der Vorschlag einer arbeitsorientierten Rehabilitation werde unterstützt. Weitere Kontrolltermine seien im F.____ nicht verabredet. Momentan werde kein möglicher Beitrag in einer Behandlung des Beschwerdebildes gesehen.

6.8 Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte im Bericht vom 14. Mai 2018 (Suva-Nr. 82) eine Brachialgie rechts und eine depressive Episode mit Verweis auf den orthopädischen Bericht des F.____ und den Bericht der I.____ vom 14. April 2018. Als weitere Behandlung schlug er eine psychiatrische Therapie vor.

6.9 Gemäss Beurteilung im Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, L.____, vom 20. Juni 2018 (Suva-Nr. 89) finde sich kein Hinweis für eine system-entzündliche rheumatologische Erkrankung. Die Hauptproblematik sei aktuell die Schmerzausweitung durch die Inaktivität. Weitere Kontrolltermine seien nicht vereinbart worden.

6.10 Mit Stellungnahme vom 9. Juli 2018 (Suva-Nr. 93) führte der Kreisarzt Dr. med. C.____ aus, beim Versicherten sei bereits anlässlich der Kreisarztuntersuchung vom 5. März 2018 festgehalten worden, dass diesem auch belastete Tätigkeiten prinzipiell ganztags zumutbar seien, ihm aber aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz eine stufenweise Steigerung ermöglicht werden solle. Sollte das am Arbeitsplatz nicht möglich sein, sei alternativ eine stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation vorgeschlagen worden. Falls ausschliesslich unfallfremde Gründe für die Arbeitsunfähigkeit bestünden, könne der Fall aus unfallversicherungsmedizinischer Sicht abgeschlossen werden. Andernfalls werde empfohlen, die Belastung unter stationären Bedingungen im Rahmen einer arbeitsorientierten Rehabilitation zu steigern, damit der Versicherte wieder Vertrauen in die Funktion seines Körpers zurückgewinnen könne.

6.11 Mit Bericht vom 13. Juli 2018 (Suva-Nr. 97) bejahte Dr. med. J.____ die Frage der Beschwerdegegnerin, ob die aktuelle Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich auf unfallfremde Gründe zurückzuführen sei (Suva-Nr. 95).

6.12 Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, ob noch Folgen oder Teilfolgen des Unfalles vom 30. März 2018 vorlägen und ob die aktuelle Behandlung ausschliesslich krankheitsbedingt erfolge, antwortete der Kreisarzt Dr. med. C.____ mit Stellungnahme vom 31. Juli 2018 (Suva-Nr. 98), dass bei Zustand nach operativer Versorgung eines distalen

Bizepssehneaurisses definitionsgemäss Unfallfolgen vorlägen. Bei erfolgreich reinsertierter Sehne sei der Versicherte aber im Rahmen der Zumutbarkeit voll arbeitsfähig. Eine Behandlung sei nicht mehr nötig. 6.13 Am 24. August 2018 diagnostizierte Dr. med. E.____, Facharzt Anästhesiologie, M.____, (Suva-Nr. 109) ein ausgedehntes myofaszielles Schmerzbild bei Status nach Arbeitsunfall mit Verletzung des rechten Arms, damals mit Ausriss der Bizepssehne (ICD-10 R52.9), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Beim Versicherten seien in Folge eines Arbeitsunfalls mit Verletzung am rechten Arm die vormalig bestehenden Schmerzbilder mittlerweile massiv ausgeweitet. Diese Phänomene liessen sich selbstverständlich nicht durch eine isolierte somatische Pathologie erklären, sondern seien eindeutig als Folge einer chronischen Schmerzkrankung zu werten. Eine ambulante Anbindung an eine Psychiaterin bestehe. Der Versicherte brauche dringend eine multimodale Schmerzbehandlung, am besten in Form einer stationären Rehabilitation.

6.14 Gestützt auf die medizinische Aktenlage diagnostizierte der Kreisarzt Dr. med. C.____ am 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) einen Abriss der distalen Bizepssehne rechts, bei distaler Bizepssehnen-Reinsertion am 13. Juni 2017 und aktuell reizlosen Narbenverhältnissen; die distale Bizepssehne lasse sich bei Flexion gegen Widerstand kräftig und in Kontinuität palpieren. Es bestünden keine Hinweise für eine Muskelatrophie. Als weitere Diagnosen wurden (1.) ein ausgedehntes myofaszielles Schmerzbild, (2.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, (3.) ein Status nach OSG-Distorsion Grad I rechts sowie (4.) ein chronischer Nikotinkonsum genannt. In der Beurteilung führte der Kreisarzt aus, dass mehr als ein Jahr nach operativ versorgtem distalem Bizepssehnenabriss der Versicherte bei klinisch ausgezeichnetem Resultat auch eine gute seitengleiche Muskelfunktion zeige. Hinweise für einen wesentlichen Mindergebrauch des rechten Armes fänden sich nicht. Es liege eine seitengleiche Muskelatrophie vor. Hinweise für das Vorliegen eines CRPS fehlten. Inzwischen bestehe eine ausgeprägte Symptomausweitung mit ausgedehntem myofasziellem Schmerzbild. Eine rheumatologische Genese habe ausgeschlossen werden können. Die präsentierte Pathologie sei nicht mehr als Folge des erlittenen Unfalls zu erklären. Es bestehe vielmehr eine psychische Problematik mit mittelschwerer Depression und ausgeprägter sozialer Problematik. Unfallbedingt lägen keine behandlungsbedürftigen Einschränkungen mehr vor. Die aktuell vorgeschlagene Therapie würde die unfallfremden Beschwerden (Depression, Symptomausweitung, usw.) adressieren. An der Zumutbarkeit gemäss kreisärztlicher Untersuchung vom 5. März 2018 werde festgehalten. Bei ausgezeichneter Ellenbogengelenksbeweglichkeit und guter Kraftentwicklung erreiche der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass. 7. Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen betreffend Taggeld und Heilbehandlung per 31. Oktober 2018 ein. Dabei stütze sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilung des Kreisarztes, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Der Kreisarzt hält in seinem Bericht vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) zunächst fest, dass ein Jahr nach dem operativ versorgten distalen Bizepssehnenabriss ein klinisch ausgezeichnetes Resultat sowie eine seitengleiche Muskelfunktion vorliege. Die Ellenbogenbeweglichkeit sei ausgezeichnet und die Kraftentwicklung gut. Die Narbenverhältnisse seien reizlos. Die distale Bizepssehne lasse sich bei Flexion gegen Widerstand kräftig und in Kontinuität palpieren. Es gebe keine Hinweise für eine Muskelatrophie oder ein CRPS. Bezüglich Behandlungsbedarf stellte der Kreisarzt im Weiteren fest, dass unfallbedingt keine behandlungsbedürftigen Einschränkungen mehr vorlägen. Eine Therapie würde

unfallfremde Beschwerden (Depression, Symptomausweitung, usw.) adressieren. 7.1.1 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Rechtsprechungsgemäss folgt aus dieser Bestimmung, dass dann, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist, der sogenannte «Fallabschluss» vorzunehmen ist: Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: a.a.O., S. 143, mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Da die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Der Begriff «namhaft» verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

7.1.2. 1 Die Beurteilung des Kreisarztes vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) ergibt zusammen mit den kreisärztlichen Untersuchungsergebnissen vom 5. März 2018 (Suva-Nr. 52) eine überzeugende Beweisgrundlage in Bezug auf den Heilungsverlauf. Bereits damals berichtete der Kreisarzt von reizlosen Narben, guter Spannung der distalen Bizepssehne bei Flexion gegen Widerstand, seitengleichen Hand- und Fingerfunktionen, seitengleicher Schultergelenksbeweglichkeit, intakten Muskelfunktionen des Bizepses und beidseits kräftiger Vorderarmmuskulatur. Einzig die Kraft im rechten Ellenbogen erschien dem Kreisarzt damals im Vergleich zur linken Seite etwas vermindert. Im Bericht vom 21. September 2018 befand er die Kraftentwicklung im rechten Ellenbogen sodann für gut. Dass sich die im Vergleich zur linken Seite etwas verminderte Kraft im rechten Ellenbogen innerhalb eines halben Jahres gut entwickelt hat, erscheint angesichts der medizinischen Aktenlage plausibel. Denn auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte gehen das erfolgreiche Resultat der operativ reinserierten Bizepssehne sowie die grundsätzlich einwandfreien Befunde hinsichtlich der Beweglichkeit und der Muskelentwicklung im rechten Ellenbogen und in der rechten Schulter hervor. Der behandelnde Orthopäde des F.____, Dr. med. G.____, berichtete etwa von einem erfreulichen postoperativen Ergebnis, reizfreien Narben, einer guten Beweglichkeit des Ellenbogengelenks und hielt fest, die Kraft des Ellenbogens betrage M5 in jeder Ebene (Suva-Nr. 15, 27 und 79). Der Neurologe Dr. med. D.____ konnte klinisch keine relevanten Paresen feststellen und Sensibilitätsstörungen nicht sicher nachweisen. Der Ellenerv (N ulnaris) zeige normale Messwerte (Suva-Nr. 45). Der Rheumatologe Dr. med. K.____ schloss ausserdem eine rheumatologische Erkrankung aus (Suva-Nr. 89). Insofern erweist sich die kreisärztliche Beurteilung bezüglich des postoperativen Verlaufs, der ausgezeichneten Ellenbogenbeweglichkeit und der guten Kraftentwicklung als schlüssig und überzeugend.

7.1.2.2 Gestützt auf diese Ausführungen ist es sodann ebenfalls nachvollziehbar, dass gemäss kreisärztlicher Einschätzung von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann. Der Umstand, dass der Kreisarzt ursprünglich eine Rehabilitation empfohlen hatte,

begründet – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – keinen Widerspruch in der kreisärztlichen Beurteilung. Wie soeben dargelegt, zeigte die klinische Untersuchung vom 5. März 2018 bezüglich Beweglichkeit und Muskelentwicklung des rechten Ellenbogens und der rechten Schulter grundsätzlich einwandfreie Befunde. Dementsprechend ging der Kreisarzt davon aus, dass die vom Versicherten beklagten Restbeschwerden durch die länger anhaltende Schonhaltung respektive den Nichtgebrauch des rechten Arms bedingt waren und empfahl aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz – bei prinzipiell voller Arbeitsfähigkeit – einen stufenweisen Arbeitseinstieg resp. alternativ eine stationäre arbeitsorientierte Rehabilitation. Nachdem dann aber zunächst der behandelnde Orthopäde Dr. med. G. ___ in seinem Bericht vom 11. Mai 2018 (Suva-Nr. 79) festgehalten hatte, das Beschwerdebild sei insgesamt äusserst bunt und nicht mehr im Zusammenhang mit der Bizepssehnenruptur erklärbar, beurteilte der Kreisarzt die Sachlage mit Stellungnahme vom 9. Juli 2018 (Suva-Nr. 93) neu. Betreffend das weitere Vorgehen hielt er fest, falls ausschliesslich unfallfremde Gründe für die Arbeitsunfähigkeit vorlägen, könne ein Fallabschluss ohne stufenweisen Einstieg resp. Rehabilitation erfolgen. Nachdem in der Folge noch ein weiterer behandelnder Arzt, Dr. med. J. ___, am 13. Juli 2018 festgestellt hatte (Suva-Nr. 97), dass die Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich auf unfallfremde Gründe zurückzuführen sei, bezog der Kreisarzt am 31. Juli 2018 deutlicher Stellung (Suva-Nr. 98) und befand, dass eine Behandlung nicht mehr nötig sei. An dieser Einschätzung hielt er im Rahmen seiner Beurteilung vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) fest. Die im Verlauf neu beurteilte Situation in Bezug auf die Erforderlichkeit einer Rehabilitation erscheint nachvollziehbar. Die Sachlage hatte sich insoweit verändert, als die behandelnden Ärzte, Dr. med. G. ___ und Dr. med. J. ___, das Beschwerdebild im weiteren Verlauf als nicht mehr unfallkausal qualifizierten. Entsprechend ist es nachvollziehbar, wenn der Kreisarzt seine Einschätzung revidierte und nicht mehr davon ausging, dass die beklagten Restbeschwerden durch die länger anhaltende Schonhaltung bedingt waren, sondern durch unfallfremde Gründe. Zu verneinen ist die Unfallkausalität auch mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung. Diese besagt, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt worden sind und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251). Solche organisch objektiv ausgewiesenen Unfallrestfolgen liegen hier nicht mehr vor. Die beklagten Beschwerden des Versicherten konnten gemäss Aktenlage nicht mit bildgebenden Abklärungen bestätigt werden. Insbesondere die Sonographien gemäss Bericht von Dr. med. G. ___, Kantonsspital Olten, vom 11. Mai 2018 (Suva-Nr. 79) zeigten unauffällige Bizeps- und Rotatorenmanschettensehnen sowie eine intakte Reinsertion der distalen Bizepssehne. Somit handelt es sich bei der Schmerzsymptomatik um eine organisch nicht objektiv ausgewiesene Unfallfolge im Sinne der Rechtsprechung. Demnach überzeugt die Schlussfolgerung des Kreisarztes, wonach die präsentierte Pathologie rechtlich nicht mehr Folge des erlittenen Unfalls sei und vielmehr eine ausgeprägte Symptomausweitung mit ausgedehntem myofasziellem Schmerzbild sowie eine psychische Problematik mit mittelschwerer Depression und ausgeprägter sozialer Problematik bestünden. Wie bereits erwähnt, waren auch die behandelnden Ärzte, Dr. med. G. ___ und Dr. med. J. ___, der Ansicht, dass das Beschwerdebild nicht mehr im Zusammenhang mit der Bizepssehnenruptur erklärbar sei (Suva-Nr. 79 und 97). Gegenteiliges wurde ausserdem – entgegen der Darlegung des Beschwerdeführers – von Dr. med. D. ___ und Dr. med. N. ___ nicht berichtet. In dem von Dr. med. D. ___ erhobenen MRI der Halswirbelsäule

konnten die festgestellten Beschwerden mit Brachialgien und neurogenen Veränderungen im Bizeps, welche einen Verdacht auf eine Schädigung der 6. cervicalen Wurzel nahelegten, nicht belegt werden. Ausserdem zeigte der Ellenerv (N ulnaris) normale Messwerte (Suva-Nr. 45). Sodann stellte auch Dr. med. N. ___ fest, dass sich die Schmerzausweitung nicht durch eine isolierte somatische Pathologie erklären lasse, sondern eindeutig als Folge einer chronischen Schmerzerkrankung zu werten sei. Insofern vermögen weder der Bericht von Dr. med. D. ___ noch jener von Dr. med. N. ___ die These, die fortbestehende Symptomatik sei unfallfremd, in Frage zu stellen.

7.1.3 Nach dem Gesagten erweist es sich als schlüssig und nachvollziehbar, dass eine weitere Behandlung nur noch nicht somatisch bedingte Beschwerden therapieren würde. Mit der Beschwerdegegnerin und gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung des Kreisarztes ist deshalb davon auszugehen, dass spätestens per 31. Oktober 2018 von der Fortsetzung einer ärztlichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt.

7.2. Wie soeben dargelegt, liegt für die weiterhin persistierende Schmerzsymptomatik kein unfallbedingtes, organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat vor, so dass nachfolgend eine besondere Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmen ist. Zu prüfen sind die besonderen Adäquanzkriterien anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen (vgl. Erwägung II. 2.3. hiervor).

7.2.1 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen. Das Unfallereignis ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140): - 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. Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten einstuft ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

7.2.2 Bezüglich der Schwere des Unfalls vom 30. Mai 2017 ist folgendes festzuhalten: Gemäss Schadenmeldung UVG (Suva-Nr. 1) fiel dem Beschwerdeführer eine Gerüstestange auf den Arm. In seiner Beschwerde führt der Versicherte hingegen aus, die

Stange habe 20 Kilogramme gewogen und sei aus mehreren Metern Höhe auf seinen Arm gefallen. Es sei von einer hohen Kraftentwicklung und damit von einem mittelschweren Unfallereignis auszugehen. Demgegenüber stufte die Beschwerdegegnerin das Unfallereignis als leicht ein. 7.2.2.1 Einen leichten Unfall nahm das Bundesgericht an, als ein Gerüstebauer von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C_177/2009 vom 12. August 2009 E. 7.2). Ebenfalls als leicht qualifiziert wurde ein Ereignis, bei welchem der Versicherte bei Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 Kilogramm schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen wurde, danach aber gemäss seinen eigenen Angaben noch in der Lage war, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab (Urteil des Bundesgerichts 8C_855/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1 mit Verweis auf Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) U 5/01 vom 15. Oktober 2001 E. 5). Ein mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten bestätigte das Bundesgericht sodann in einem Fall, in welchem dem Versicherten ein gebrochenes Lavabo auf den Fuss fiel (Urteil des Bundesgerichts 8C_788/2015 vom 10. März 2016 E. 4). Ein mittelschweres Ereignis im engeren Sinn wurde dagegen angenommen, als eine Versicherte auf einer Bank an der Hausfassade sass, als eine "Hollywoodschaukel", welche sich auf der darüberliegenden Dachterrasse befand, durch eine Windböe erfasst wurde und über das Geländer auf ihren Kopf und die Schulter fiel (Urteil des Bundesgerichts 8C_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.3). Ebenfalls als mittelschwer qualifiziert wurde ein Unfall, bei welchem einem Bauarbeiter eine Packung mit Isolationsmaterial auf den behelmten Kopf und auf das Gesicht fiel (Urteil des Bundesgerichts 8C_57/2008 vom 16. Mai 2008 E. 8.1). Entscheidend für die Kategorisierung sind hauptsächlich die sich beim Vorfall entwickelnden Kräfte. Ein Abgrenzungskriterium zwischen mittelschwer im engeren Sinn und mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen kann auch darin gesehen werden, ob ein schwerer Gegenstand den Kopf oder aber die Extremitäten erfasst hat (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_788/2015 vom

E. 10

März 2016 E. 4).

7.2.2.2 In Anbetracht der vorgenannten Rechtsprechung ist das Unfallereignis allenfalls als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten einzuordnen. Der ursprüngliche Unfallhergang gemäss Schadenmeldung spricht zwar eher für einen leichten Unfall. Sofern die heruntergefallene Gerüstestange 20 Kilogramm wog, ist jedoch von einer Einwirkung durch einen schweren Gegenstand bzw. einer beträchtlichen Kraftentwicklung auszugehen. Da nicht der Kopf, sondern der Oberarm vom schweren Gegenstand getroffen wurde, ist der Unfall am ehesten mit jenem, in welchem einem Versicherten ein gebrochenes Lavabo auf den Fuss gefallen ist, zu vergleichen. Letztlich kann jedoch offen bleiben, ob der Unfall als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen einzustufen ist. Denn unter den gegebenen Umständen ist jedenfalls höchstens von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn auszugehen. Diesfalls kann die Adäquanz der gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt. Dies trifft vorliegend nicht zu, wie sich aus dem Nachstehenden ergibt.

7.2.3 Der Unfall vom 30. Mai 2017 mag eine gewisse Eindrücklichkeit aufzuweisen. Dieser hat sich jedoch nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er ■ objektiv betrachtet (RKUV 2/1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc) ■ von besonderer

Eindrücklichkeit, zumal darauf hinzuweisen ist, dass jedem Unfallereignis eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist. Der Beschwerdeführer hat auch keine Verletzungen von besonderer Schwere und insbesondere keine Verletzungen erlitten, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Nicht erfüllt ist im Weiteren das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Der Beschwerdeführer musste sich nach dem Unfall einer Operation unterziehen und war drei Tage, vom 13. bis 15. Juni 2017, stationär hospitalisiert. Bis zum Fallabschluss am 31. Oktober 2018 wurde er medikamentös und physiotherapeutisch behandelt. Zudem erfolgten Kontrolluntersuchungen sowie ärztliche Abklärungen. Gesamthaft betrachtet lag damit keine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vor (Urteil des Bundesgerichts 8C_860/2015 vom 30. Juni 2016 E. 4.4). Ferner ist auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen mangels eines organisch objektivierbaren Nachweises zu verneinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 5.2.2.1). Für das Vorliegen einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, liegen ebenfalls keine Anhaltspunkte vor. Im Weiteren fehlen auch besondere Gründe, welche den Heilungsverlauf schwerwiegend beeinträchtigt hätten. Erfüllt ist dagegen das Kriterium bezüglich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer war während mindestens neun Monaten, vom 30. Mai 2017 bis 5. März 2018, aus somatischen Gründen voll arbeitsunfähig. Inzwischen ist er im Rahmen einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig. Seine angestammte Tätigkeit ist ihm indessen nicht mehr zumutbar. Demnach ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit zwar erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Folglich ist insgesamt eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, aber nicht in ausgeprägter Weise. Damit ist die Unfalladäquanz der anhaltenden nicht objektivierbaren Beschwerden auf jeden Fall zu verneinen.

7.2.4 Aus dem Gesagten folgt, dass das verbliebene, organisch nicht objektivierbare, Schmerz- und Beschwerdebild nicht adäquat-kausal auf das Unfallereignis zurückgeführt werden kann. Die ausgeweiteten Schmerzen des Versicherten können somit bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden.

7.3 Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beurteilte der Kreisarzt dahingehend, dass im Rahmen der Zumutbarkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (Suva-Nr. 98 und 115). Hinsichtlich der Zumutbarkeitskriterien verwies der Kreisarzt auf seinen Bericht vom 5. März 2018 (Suva-Nr. 52). An der ursprünglichen Empfehlung eines stufenweisen Arbeitseinstiegs mit einer vorläufigen Arbeitspräsenz von 50 % bei einer monatlichen Steigerung um 25 % hielt er nicht fest. Dies ist erklärbar, da der Kreisarzt ursprünglich davon ausging, die beklagten Restbeschwerden seien durch die länger anhaltende Schonhaltung bedingt. Dass die Restbeschwerden unfallfremd sind, erkannte er erst im weiteren Verlauf und erachtete dementsprechend den stufenweisen Einstieg für nicht mehr nötig. Die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit ist aufgrund der fehlenden unfallkausalen Einschränkungen begründet. Ferner ist es nachvollziehbar, wenn trotz nicht mehr bestehender somatischer Einschränkungen die einst abgerissene Bizepssehne künftig nicht mehr zu stark beansprucht werden soll. Insofern überzeugen die festgelegten Zumutbarkeitskriterien, wonach schwere Tätigkeiten, ruckartige und belastete Bewegungen mit Gewichten über zehn Kilogramm, starke Vibrationen oder abrupte Bewegungen auf das rechte Ellenbogengelenk vermieden werden sollen.

7.4 Insgesamt basiert die kreisärztliche Beurteilung auf einer allseitigen Untersuchung sowie in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Die Einschätzungen erscheinen insgesamt als schlüssig und nachvollziehbar begründet. Es bestehen zudem keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungswirtschaftlichen Beurteilung. Im Rahmen der Beweiswürdigung kommt das Gericht daher zum Schluss, dass die Beurteilungen des Kreisarztes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend sind und der rechtserhebliche Sachverhalt genügend erstellt ist. Demnach wird auf die Abnahme weiterer Beweise, insbesondere des beantragten externen orthopädisch-psychiatrischen Gutachtens, verzichtet.

8.1 Das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin auf CHF 60'198.00 beziffert, was vom Beschwerdeführer zu Recht nicht in Frage gestellt wird.

8.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens von CHF 58'680.00 zog die Beschwerdegegnerin Arbeitsplatzprofile der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) heran. Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, die Mehrzahl der ausgewählten DAP-Arbeitsplätze seien unzumutbar oder würden ihm mangels Anlehre nicht offenstehen. Das Invalideneinkommen sei mittels LSE-Tabellenlöhnen, Total aller Arbeiten, Niveau 1, und einem leidensbedingten Abzug von 25 % zu ermitteln.

8.3 Das Bundesgericht hat in BGE 139 V 592 seine Rechtsprechung bestätigt, wonach es unter bestimmten Voraussetzungen zulässig ist, das Invalideneinkommen mithilfe von DAP-Daten zu bestimmen, auch ohne dass die DAP-Sammlung veröffentlicht wird. Nach der Rechtsprechung ist es zulässig, das Invalideneinkommen auf dieser Grundlage zu bestimmen, wenn mindestens fünf zumutbare Arbeitsplätze benannt werden können. Zusätzlich sind Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Damit soll die Überprüfung des Auswahlermessens ermöglicht werden, und zwar in dem Sinne, dass die Kenntnis der Gesamtzahl der dem verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Arbeitsplätze sowie des Höchst-, Tiefst- und Durchschnittslohnes im Bereich des Suchergebnisses eine zuverlässige Beurteilung der von der Suva verwendeten DAP-Löhne hinsichtlich ihrer Repräsentativität erlaubt. Das rechtliche Gehör ist dadurch zu wahren, dass die Suva die für die Invaliditätsbemessung im konkreten Fall herangezogenen DAP-Profile mit den erwähnten zusätzlichen Angaben auflegt und die versicherte Person Gelegenheit hat, sich dazu zu äussern. Allfällige Einwendungen der versicherten Person bezüglich des Auswahlermessens und der Repräsentativität der DAP-Blätter im Einzelfall sind grundsätzlich im Einspracheverfahren zu erheben, damit sich die Suva im Einspracheentscheid damit auseinandersetzen kann. Ist die Suva nicht in der Lage, im Einzelfall den erwähnten Anforderungen zu genügen, kann im Bestreitungsfall nicht auf den DAP-Lohnvergleich abgestellt werden; die Suva hat diesfalls im Einspracheentscheid die Invalidität aufgrund der LSE-Löhne zu ermitteln. Im Beschwerdeverfahren ist es Sache des angerufenen Gerichts, die Rechtskonformität der DAP-Invaliditätsbemessung zu prüfen, gegebenenfalls die Sache an den Versicherer zurückzuweisen oder an Stelle des DAP-Lohnvergleichs einen Tabellenlohnvergleich gestützt auf die LSE vorzunehmen (BGE 139 V 592 E. 6.3 S. 595 f., 129 V 472 E. 4.7.2 S. 480 f.).

8.4 Gemäss kreisärztlicher Beurteilung ist dem Beschwerdeführer eine ganztägige Verweistätigkeit zumutbar für mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten beidhändig bis 15-20 Kilogramm. Vorderhand sollten

ruckartige sowie belastende Bewegungen mit dem rechten Arm mit Gewichten über zehn Kilogramm noch vermieden werden. Nicht zumutbar sind Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen sowie abrupten Bewegungen auf das rechte Ellenbogengelenk. Zwecks Ermittlung eines hypothetischen Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf das vorstehende Zumutbarkeitsprofil fünf Arbeitsplätze herangezogen, welche insbesondere das Heben und Tragen von mehr als zehn Kilogramm ausschliessen und weder eine Ausbildung noch einen Führerausweis voraussetzen. Laut ihren Ausführungen entspricht die Summe von CHF 58'680.00 dem «Durchschnitt des Durchschnitts» der Lohnbandbreiten der fünf ausgewählten Stellen. Das Suchresultat umfasste 129 Arbeitsplätze. Der Minimallohn (1. Dezil) belief sich auf CHF 47'970.00, der Maximallohn (9. Dezil) auf CHF 80'652.00, der Durchschnitt der Durchschnittslöhne auf CHF 61'885.00 (Suva-Nr. 123 S. 1). Die Auswahl der Beschwerdegegnerin genügt somit sowohl den inhaltlichen Voraussetzungen gemäss ärztlich formuliertem Zumutbarkeitsprofil sowie auch der von der Rechtsprechung verlangten Anzahl. Der Betrag von CHF 58'680.00 liegt geringfügig unter dem «Durchschnitt der Durchschnittswerte». Das Auswahlermessen der Beschwerdegegnerin ist damit nicht zu beanstanden.

8.5 Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Der Einwand, wonach die ausgewählten Arbeitsplätze die am Anfang benötigten leidensbedingten Pausen nicht berücksichtigen würden, läuft insofern ins Leere, als ein solcher Pausenbedarf im Zumutbarkeitsprofil des Kreisarztes nicht vorgesehen ist. Zudem vermag auch die Geltendmachung der fehlenden Anlehre die Zulässigkeit der ausgewählten Arbeitsplätze nicht in Frage zu stellen. Mit «Anlehre» ist eine in der Regel kurz dauernde, zumutbare Einarbeitung in den neuen Arbeitsbereich gemeint (Urteil des Bundesgerichts 8C_430/2014 vom 21. Dezember 2015 E. 4.4 mit Verweis auf Urteil des EVG U 102/00 vom 21. Oktober 2003 E. 3.3.1). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, weshalb dem Beschwerdeführer eine kurze Einarbeitung in eine neue Arbeitsstelle nicht zumutbar sein sollte. Daraus folgt, dass die ausgewählten fünf DAP-Arbeitsplätze die Zumutbarkeitskriterien des Kreisarztes erfüllen. Demnach ist die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsberechnung mit einem ermittelten Invaliditätsgrad von 2.5 % nicht zu beanstanden.

8.6 Würde indessen ■ entsprechend dem Antrag des Beschwerdeführers ■ auf die LSE-Tabellenlöhne abgestellt, wäre ein Rentenanspruch ebenfalls zu verneinen. Gemäss den LSE-Tabellenlöhnen TA1 aus dem Jahr 2016 und dem Wirtschaftszweig «Total» im Kompetenzniveau 1 der Spalte Männer beträgt das Monatseinkommen CHF 5'340.00 und das Jahreseinkommen CHF 64'080.00. Nach Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie an die Nominallohnentwicklung bis 2018 von 0,9 % beträgt der massgebende Jahreslohn CHF 67'404.00. Ein leidensbedingter Abzug vom vorstehend statistisch ermittelten Invalidenlohn ist vorliegend nicht angezeigt. Weder die Art und das Ausmass der Einschränkung noch die Nationalität oder die Sprachschwierigkeiten rechtfertigen einen entsprechenden Abzug. Doch selbst bei einem Abzug von 10 % würde mit einem jährlichen Invalideneinkommen von CHF 60'663.00 keine Invalidität begründet. Und auch basierend auf einem leidensbedingten Abzug von 15 % betrüge das jährliche Invalideneinkommen noch CHF 57'295.00 und würde verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 60'198.00 einen nicht rentenbegründenden IV-Grad von 4,8 % erreichen. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente ist nicht gegeben.

9. Streitig und zu prüfen ist schliesslich noch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint hat.

9.1 Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch das Unfallereignis oder eine Berufskrankheit (vgl. Art. 9 Abs. 3 i.V.m. Art. 24 Abs. 1 UVG) eine dauernde und erhebliche Schädigung ihrer körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden dann als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens im gleichen Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Die Schätzung der Beeinträchtigung der Integrität obliegt in erster Linie den Ärzten (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 100 f), welche auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen fähig sind, die konkreten Befunde der Unfallfolgen festzuhalten (vgl. dazu die Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva, Heft 57, November 1984, S. 18 bis 31).

9.2 In seiner Beurteilung vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 115) kam der Kreisarzt zum Schluss, dass bei ausgezeichneter Ellenbogengelenkbeweglichkeit und guter Kraftentwicklung der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass erreiche. Wie bereits in Erwägung II.7.1.2.1 ausgeführt, steht diese Einschätzung nicht in einem inneren Widerspruch zum Bericht vom 5. März 2018 und ist beweiskräftig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung verneint hat.

10. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Baltermia-Wenger

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