

SO_GERICHTE VSBES.2021.73 vom 23. Juni 2022

SO Obergericht, 2022-06-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.73_d20220623

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.73 du 23 juin 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.73 del 23 giugno 2022

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 8. April 2021 eingetreten ist (Ueli Kieserin: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109).

1.3 Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier Leistungen für ein Unfallereignis von 2014 strittig sind, ist das frühere Recht anwendbar.

E. 2

2.1 Soweit das UVG 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 eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann. 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 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

2.3 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 (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

2.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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. 181). Die Adäquanz dient mit anderen Worten der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers. Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen).

Treten nach einem Unfall psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typische, bunte Beschwerdebild noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f.). Ein unfallbedingtes pathologisch-anatomisches Substrat liegt nur bei objektivierbaren Untersuchungsergebnissen vor, die reproduzierbar sowie von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen kann mit anderen Worten erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen resp. bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251). Bei der Adäquanzprüfung im Sinne der Psycho-Praxis ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses 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.). Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint. Nicht massgebend sind Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zuzuordnen sind (André Naboldin: Marc Hürzeler / Ueli Kieser [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Bern 2018, Art. 6 N 67; Kaspar Gehring: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bolliger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 47).

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 Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Verweis auf BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen 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 mit Hinweisen).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zugunsten des Beschwerdeführers zu Recht per 30. September 2016 eingestellt hat. Im Weiteren sind der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie jener auf eine Integritätsentschädigung umstritten. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

4.1 In den Berichten des D.____, Spital E.____, vom 22. Februar 2014 (Suva-Nr. 7) wurde betreffend den Ellbogen rechts und Handgelenk rechts folgender Befund festgehalten: Kein positiver Nachweis einer frischen traumatischen ossären Läsion im Bereich des rechten Ellbogengelenkes / des rechten Handgelenks.

4.2 Die Weichteilsonografie des Vorderarms rechts vom 24. Februar 2014 wurde im Spital E.____, , wie folgt beurteilt (Suva-Nr. 7 S. 4): Inhomogene Weichteilschwellung am proximalen palmaren Vorderarm bei Status nach Quetschtrauma. Durchgängige Darstellung der arteriellen und venösen Gefässe. Der Nervus medianus lasse sich in diesem Bereich nicht eindeutig abgrenzen, dies jedoch am ehesten aufgrund der inhomogenen Signalveränderungen der Muskulatur bzw. des postoperativen Hämatoms. Zur genauen Identifizierung des Nervus medianus sei gegebenenfalls eine MR-Untersuchung zu erwägen.

4.3 Im Austrittsbericht des Spitals E.____, Orthopädische Klinik, vom 7. März 2014 (Suva-Nr. 8) wurde folgende Hauptdiagnose gestellt:

Kompartmentsyndrom Musculus pronator teres Unterarm rechts

Der Beschwerdeführer habe sich bei der Arbeit in einer Papierfabrik um ca. 22 Uhr den rechten Arm in einer Walze mit 5 cm Lücke eingeklemmt. Die Maschine sei durch einen Mitarbeiter sofort gestoppt worden. Bei Eintreffen des Rettungsdienstes sei der Beschwerdeführer bereits aus der Walze befreit worden. In der Nacht vom 20. auf den 21. Februar 2014 sei es bei progredienter Klinik zu einer notfallmässigen Kompartmentspaltung gekommen. Nach Kompartmentspaltung sei die stationäre Aufnahme zur Analgesie und Überwachung erfolgt. Die Schmerzsymptomatik habe sich unter ausgebauter Analgesie und Ruhigstellung in der Mecron-Schiene regredient gezeigt. Es herrschten stets reizlose Wundverhältnisse bei postoperativ weichen Muskellogen. Die elektrophysiologische Untersuchung vom 24. Februar 2014 sei vereinbar mit einer proximalen Schädigung (DD neurapraktisch) des N. medianus im Bereich des Ellenbogens. Sonographisch habe der N. medianus im Operationsgebiet nicht dargestellt werden können. Die Hand werde ergotherapeutisch beübt. Im Verlauf sei es zu einer Regredienz der Ausfälle mit persistenter Hypästhesie im Medianusgebiet und Medianusparese gekommen. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand ausgetreten.

4.4 Dr. med. F.____, Leitende Ärztin Neurologie, Spital E.____, stellte in ihrem neurologischen Sprechstunden- und Elektrophysiologie-Bericht vom 3. April 2014 (Suva-Nr. 15) die folgenden Diagnosen:

Kompartmentsyndrom M. pronator teres Vorderarm rechts im Rahmen Quetschtrauma Ellbogen rechts

Weiter führte Dr. med. F.____ aus, im Einklang mit der klinischen Untersuchung, welche weiterhin mit einer Affektion des N. medianus mit hoher Lokalisation (proximal des Abganges des N. interosseus anterior) vereinbar sei, zeige die elektrophysiologische Diagnostik sowohl im proximalen Bereich des N. medianus (Innervation M. pronator teres), jedoch überwiegend in den vom N. interosseus anterior innervierten Muskeln (M. flexor

pollicis longus und M. pronator quadratus) eine schwer ausgeprägte axonale Schädigung. In alten untersuchten Muskeln lasse sich eine Nervenkontinuität nachweisen, so dass die Prognose zum jetzigen Zeitpunkt (sechs Wochen nach Ereignis) angesichts der fehlenden Reinnervationspotentiale noch als offen formuliert werden müsse, wobei letztere erst im weiteren Verlauf zu erwarten seien und ein Fehlen von Reinnervationspotentialen zum jetzigen Zeitpunkt nicht affirmativ als schlechtes prognostisches Zeichen gewertet werden dürfe. In der MRI-Untersuchung im Vorderarm vom 19. März 2013 zeige sich eine diffuse Schwellung insbesondere im Bereich des M. pronator quadratus, jedoch auch in den proximaleren Muskeln, passend zum klinischen und elektrophysiologischen Befund. Eine Pathologie (Hämatom etc.) im Nervenverlauf stelle sich nicht dar. In dieser Situation werde aus chirurgischer Sicht die Reevaluation einer operativen Exploration des Situs bei hochgradiger Schädigung des N. interosseus anterior und weiterhin klinisch im Vordergrund stehender Parese der Beugung des Daumenendgliedes sowie des Zeigefingerendgliedes (Kiloh Nevin Syndrom) empfohlen. Eine elektrophysiologische Verlaufsuntersuchung finde in drei Monaten statt.

4.5 Dem Sprechstundenbericht der Orthopädischen Klinik des Spitals E.____ vom 28. April 2014 (Suva-Nr. 21) ist zu entnehmen, dass sich im MR eine Kontinuität des N. medianus zeige, im distalen Teil zeige sich aber eine Verletzung desselben mit narbiger Veränderung. Zudem läge ein Ödem der vom N. medianus versorgten Muskulatur im Sinne einer Deinnervation vor. Klinisch zeige sich im Vergleich zur letzten Untersuchung vor sechs Wochen eine deutliche Befundverbesserung, sodass der Beschwerdeführer die Hand wieder leicht im Alltag einsetzen könne. Natürlich bestünden noch ein deutliches Kraftdefizit sowie eine Funktionseinschränkung, weshalb die Ergotherapie weiter kontinuierlich fortgeführt werden müsse. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

Im Bericht vom 5. Juni 2014 der Orthopädischen Klinik des Spitals E.____ (Suva-Nr. 27) wurde dargelegt, dass sich der Beschwerdeführer notfallmässig nach der Ergotherapie in der Sprechstunde vorgestellt und über zunehmenden Schmerz im Bereich des Ellbogengelenkes, welche in Richtung der Axilla ausstrahle, geklagt habe. Auf Druck des Arbeitgebers habe der Beschwerdeführer in den letzten zwei Tagen gearbeitet und habe dort überwiegend PC-Arbeiten verrichtet. Im Vergleich zur Voruntersuchung von Ende April 2014 sei es zu einer Verschlechterung der Schmerzsituation mit Einschränkung der Ellbogengelenksbeweglichkeit gekommen. Klinisch falle zudem eine Schwellung der rechten Hand und eine leichte Hyperhidrose der Hand rechts auf, sodass der Verdacht auf ein beginnendes, chronisches Schmerzsyndrom (CRPS) bestehe. Es sei deshalb die CRPS-Behandlung nach Schema eingeleitet worden (Fortführung Inflammac 50, Hydergin-Tropfenschema, Vitamin C 1000 mg 1 x täglich). Im Weiteren seien Tramaltropfen in Reserve rezeptiert worden, die Behandlung mit Lyrica 75 sei fortzuführen. Im Weiteren sei dem Beschwerdeführer noch einmal erläutert worden, dass er zu 100 % arbeitsunfähig sei und aktuell weder an seinem ursprünglichen Arbeitsplatz noch an seinem PC-Arbeitsplatz eingesetzt werden sollte. Das weitere Procedere sehe eine neurologische Verlaufskontrolle am 20. Juni 2014 vor, eine klinische Verlaufskontrolle in der Sprechstunde in der Orthopädischen Klinik sei am 30. Juni 2014 vorgesehen. Bei Beschwerden oder weiterer Schmerzzunahme werde sich der Beschwerdeführer wieder melden.

4.6 Am 2. Juli 2014 erging ein weiterer neurologischer Sprechstunden- und Elektrophysiologie-Bericht der behandelnden Neurologin Dr. med. F.____ (Suva-Nr. 63). Sie legte dar, die klinische und elektrophysiologische Verlaufsuntersuchung zeige eine Besserung der Beschwerden mit weiterhin Affektion des N. medianus mit hoher Lokalisation, wobei aktuell keine sicheren Hinweise auf eine axonale Schädigung objektivierbar seien, wobei die proximalen Muskeln schmerzbedingt nicht hätten untersucht werden können. In dieser Situation empfehle sie weiterhin ein konservatives Vorgehen, aufgrund der nun deutlich im Vordergrund stehenden neuropathischen Schmerzproblematik empfehle sie ein Ausbau der antineuropathischen Therapie mit Lyrica 3 x 100 mg/die, sowie additiv die Gabe eines lang wirksamen Opioid-Analogons, beispielsweise Oxycontin 2 x 5 mg (12 stündlich). Parallel solle die Ergotherapie weitergeführt werden. Vorerst habe sie keine weiteren elektrophysiologischen Verlaufsuntersuchungen vorgesehen, gerne könne sie auf erneute Zuweisung hin im Verlauf eine Dokumentation vornehmen.

4.7 Der Beschwerdeführer war in der Zeit vom 13. August bis 17. September 2014 in der Klinik G.____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 22. September 2014 (Suva-Nr. 102) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Unfall vom 20. Februar 2014: Einklemmung Ellbogen rechts in einer Maschine

Aktuell:

Einäugigkeit rechts (künstliches Auge links)

Aktuell bestehe ein ausgeprägter Schmerzzustand, weshalb der Beschwerdeführer die rechte obere Extremität kaum einsetze, stark schone. Er klage einerseits über dauernde Schmerzen am Unterarm proximal palmar und im Ellbogen rechts, andererseits blitzartig einschliessende Schmerzen im Bereich des Pronator-Tunnels. Bei jeglichen Hand- und Armbewegungen komme es zu lokaler Schmerzverstärkung. Der M. pronator teres sei verspannt und verkürzt. Bei Anspannung des Muskels würden die Schmerzen ebenfalls stark zunehmen und die Parästhesien in der rechten Hand würden sich verstärken. Es sei davon auszugehen, dass der N. medianus einerseits durch Druck durch den M. pronator teres, andererseits durch Zug von narbigen Verwachsungen mit der umgebenden Muskulatur bei jeder Bewegung irritiert werde, was die Schmerzzunahme erkläre. Nebst diesen neuropathischen Schmerzen bestünden auch muskulotendinöse Schmerzen, insbesondere Ansatz des M. biceps brachii und kurze Bizepssehne. Die Schmerzen, die der Beschwerdeführer angebe, hätten im Untersuchungsbefund nachvollziehbare Ursachen. Darüber hinaus sei der Beschwerdeführer jedoch auch sehr schmerzempfindlich, auf seine Schmerzen fixiert und schone sich übermässig im Sinne einer Symptomausweitung. Von der Medianus-Läsion her bestehe noch eine Sensibilitätsstörung im Medianus-Versorgungsgebiet an der rechten Hand, am ausgeprägtesten am Daumen und Zeigefinger. Motorisch habe sich die Medianus-Funktion gut erholt mit Ausnahme der Zeigefinger-Flexion. Diese sei schwach und unvollständig, beim Faustschluss verbleibe aktiv ein Fingerkuppen-Hohlhandabstand von 4 cm, der nicht artikulär bedingt sei. Die weitere Prognose sei reserviert. Sofern es nicht gelinge, die Schmerzen noch deutlich zu verringern, werde der Beschwerdeführer kaum mehr zu einem funktionell verwertbaren Handeinsatz zu bewegen sein, auch wenn von der Erholung der Medianus-Läsion her eigentlich ein relativ guter Handeinsatz wieder möglich sein sollte (Suva-Nr. 102 S. 3).

Während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung durch Dr. med. H.____ mit folgendem Resultat erfolgt: Nach der Einklemmung des Unterarms und des Ellbogens

rechts in einer Maschine am Arbeitsplatz leide der Beschwerdeführer an einer Schmerzproblematik, welche ein grosses Hindernis in der Rehabilitation sei. Dazu klage er über Muskelschwäche und Sensibilitätsstörungen in den Fingern der rechten Hand. Der Beschwerdeführer mache sich nun grosse Sorgen und habe Angst um seinen rechten Arm. Er grüble immer mehr, habe Schlafprobleme und schwanke zunehmend in der Stimmung. Er fühle sich schreckhafter, die Gedanken an den Unfall drängten sich sporadisch und meistens beim Alleinsein auf, dabei fühle er sich unwohl. Über Albträume werde nicht berichtet. Eine vermehrte Nervosität und Anspannung (Hyperarousal) werde nicht beklagt und sei nicht objektivierbar. Er habe einmal die Firma besucht, dabei habe er stark geschwitzt und habe sich nicht wohl gefühlt. Gerne würde er zurückkehren in die Firma, da dort ein gutes Arbeitsklima herrsche und er sieben Jahre dort gearbeitet habe. Diagnostisch sei von einer Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Symptomatik und vereinzelt psychotraumatologischen Symptomen auszugehen (Suva-Nr. 102 S. 4).

Aktuell präsentiere sich der Beschwerdeführer beinahe als funktioneller Einhänder. Wiederholt habe er angegeben, in den ersten ein bis zwei Monaten nach der Verletzung habe er viel weniger Schmerzen gehabt als jetzt, da habe er den rechten Arm deutlich besser bewegen können. Das Ausmass der aktuellen Funktionseinschränkung der rechten oberen Extremität sei im Wesentlichen durch die Schmerzen und das Schonverhalten bedingt, rein von der Sensomotorik des N. medianus her wäre eine weit bessere Funktion zu erwarten. Beruflich sei der Beschwerdeführer Maschinenführer, habe eine schwere Arbeit, die eine gute Einsatzfähigkeit beider oberen Extremitäten erfordere. Diese Arbeit könne er aktuell nicht ausführen und es sei davon auszugehen, dass er die dafür nötige Funktion und Belastbarkeit der rechten oberen Extremität wahrscheinlich auch längerfristig nicht mehr erreichen werde. Aktuell sei eine Rückkehr an die Unfallmaschine auch aus psychischen Gründen nicht zumutbar. Es müsse der weitere Verlauf der Nervenerholung abgewartet werden. Ob und in welcher Form später eine Reintegration ins Berufsleben möglich sein werde, sei aktuell offen (Suva-Nr. 102 S. 5).

4.8 Am 16. Januar 2015 berichtete Dr. med. F.____ über die neurologische und elektrophysiologische Verlaufsuntersuchung vom 13. Januar 2015 (Suva-Nr. 171). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen:

Weiter berichtete Dr. med. F.____, die klinische und elektrophysiologische Verlaufsuntersuchung zeige eine Besserung der Funktionalität der rechten Hand mit nun nahezu normalem Kraftausmass. Erheblich limitierend für die normale Funktion, respektive den Funktionseinsatz der rechten Hand seien jedoch weiterhin die ausgeprägten neuropathischen Schmerzen, welche weit im Vordergrund stünden. Aus diesem Grund rate Dr. med. F.____ dringend zu einer Aufdosierung der Medikation mit Lyrica. Gegebenenfalls sollte zusätzlich ein lang wirksames Opioid-Analogon in Kombination hinzugefügt werden. Ebenso empfehle sich ein Fortführen der Ergotherapie. Eine operative Behandlung sei aus neurologischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht indiziert. Dr. med. F.____ empfehle jedoch zum affirmativen Ausschluss einer zusätzlich konfundierenden lokalen Pathologie ein MRI des Vorderarmes.

4.9 Der behandelnde Psychiater Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 4. Februar 2015 (Suva-Nr. 179) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung (F 32.8) und den dringlichen Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Maschinenbediener

bedingt durch Konzentrationsstörungen, Antriebsverlust und Schlafstörungen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seines Erachtens die Tendenz zur Chronifizierung. Bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung wären deshalb Unterstützungsmassnahmen indiziert, insbesondere zwecks Ermittlung der aktuellen Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

4.10 Am 28. April 2015 fand eine psychiatrische Untersuchung durch den Konsiliarpsychiater Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, statt (Suva-Nr. 204). Seinem Bericht vom 5. Mai 2015 lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen (Suva-Nr. 204 S. 13):

Komplexe Anpassungsreaktion auf schwere Belastung ICD-10 F43.8 (= sonstige Reaktion auf schwere Belastung)

In der aktuellen Querschnittsuntersuchung zeige sich ein Mischbild von psychotraumatologischen und affektiven Symptomen. Die Ängstlichkeit sei nicht stark ausgeprägt. Die Zukunftsängste hätten einen Realitätsbezug und würden den Beschwerdeführer auf eine nachvollziehbare Art und Weise belasten. Nach dem Diagnoseklassifikationssystem DSM IV könnte eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, weil der Beschwerdeführer das Ereignis subjektiv als katastrophal erlebt habe. Im ICD-System handle es sich um ein grenzwertiges Ereignis. Es habe sich zwar eine gewisse Bedrohung gezeigt, es sei aber schwierig zu begründen, dass es sich um ein Ereignis katastrophalen Ausmasses gehandelt haben könnte, das beinahe bei jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Trotzdem sei die Diskussion einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie sie Herr Dr. med. I.____ als dringender Verdacht postuliere, nachvollziehbar. Auf der Symptomebene bestünden psychotraumatologische Krankheitszeichen. Er habe immer wieder Erinnerungen und Albträume. Das Hören der Maschine bei der morgendlichen Präsenz am früheren Arbeitsplatz führe zu vegetativen Symptomen. Er fühle sich dauernd nervös und gereizt. Er habe Ein- und Durchschlafstörungen, subjektive Konzentrationsschwierigkeiten und eine gewisse Hypervigilanz. Diese Symptome zeigten eine starke Überlappung mit den depressiven Symptomen, die bereits in der G.____ diagnostiziert worden seien. Der Beschwerdeführer habe auch in der aktuellen Untersuchung eine depressive Grundstimmung. Er habe die Freude an früheren freudig erlebten Ereignissen teilweise verloren. Er sei deutlich ermüdbar und habe einen verminderten Antrieb. Das Selbstvertrauen sei reduziert. Manchmal stelle er sich die Frage, ob das Leben noch Sinn mache. Er habe subjektive Konzentrationsstörungen und zeige in der Regel eine leichte psychomotorische Hemmung. Er habe Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafstörungen und eine Veränderung der Libido und des Appetits. Auf der affektiven Ebene bestehe aktuell eine leichtgradige depressive Episode. Auf der Ebene des Antriebs und der Energie bestünden Symptome, wie sie normalerweise bei einer mittelgradig depressiven Episode ICD-10 F33.1 gesehen würden. Dr. med. J.____ erwähne dies gesondert, weil diese Symptome für die Leistungsfähigkeit in der Regel relevanter seien als die Traurigkeit. Die leichten Wahrnehmungsstörungen könnten gut im Rahmen der psychotraumatologischen Symptomatik, die er als Anpassungsstörung auf sonstige schwere Belastung subsummiert habe, eingeordnet werden. Aufgrund der psychiatrischen Symptomatik wäre eine zeitliche Steigerung der Präsenz auf vier bis viereinhalb Stunden mit grosser Wahrscheinlichkeit möglich. Der Leistungsdruck sollte dabei nicht erhöht werden, weil der Beschwerdeführer weiter unter schweren Schlafstörungen und einer relevanten psychotraumatologischen Symptomatik leide. Mit Dr. med. I.____ könne der Beschwerdeführer nochmals die Möglichkeiten einer sedierenden Medikation diskutieren.

Es sei davon auszugehen, dass die Leistungsfähigkeit und der Verlauf der psychotraumatologischen Symptomatik gebessert werden könnte, wenn eine minimale Schlafdauer von sechs bis sieben Stunden pro Nacht erreicht werden könnte. Das Weiterführen der bisherigen Therapie sei dringend indiziert (Suva-Nr. 204 S. 14 f.).

4.12 Im Bericht des K. ___ vom 29. Oktober 2015 wurde über die psychotherapeutische Untersuchung vom 15. Oktober 2015 berichtet (Suva-Nr. 271). Die Vorstellung des Beschwerdeführers sei zur Beurteilung der aktuellen Schmerzbewältigungsfähigkeiten, zur Erarbeitung schmerzpsychotherapeutischer Behandlungsvorschläge und zum Ausschluss psychiatrischer Komorbiditäten erfolgt. Aufgrund der psychologischen/psychiatrischen Beurteilung seien die davon betroffenen Diagnosen aktualisiert worden. Es sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie einer mittelschweren Depression (ICD-10 F32.1) auszugehen. Der Unfall schein den Beschwerdeführer körperlich und seelisch nach wie vor sehr zu belasten. Die psychische Belastung schein sich schmerzverstärkend auszuwirken. In Anbetracht des hohen psychischen Leidensdrucks des Beschwerdeführers werde das Weiterführen und allenfalls Intensivieren der ambulanten psychiatrischen Behandlung empfohlen.

4.13 Im Bericht zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 25. Mai 2016 (Suva-Nr. 296) stellte der Kreisarzt med. pract. C. ___, Facharzt für Chirurgie, folgende Diagnosen: Schmerzen im rechten Arm, neurologisch unspezifisch bei:

Die heutige klinische Untersuchung habe eine erhebliche Bewegungseinschränkung des rechten Ellenbogengelenkes gezeigt, die Beurteilung der Beweglichkeit sei aber aufgrund der vom Beschwerdeführer geäußerten, ausgeprägten Schmerzen nicht konklusiv beurteilbar. Klinisch bestünden keine Hinweise für ein CRPS oder einen Infekt. Es habe sich auch eine erhebliche Kraftminderung ohne Muskelatrophie oder Muskeltonusminderung gezeigt. Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung seien die bestehenden Beschwerden übertrieben demonstriert worden. Es seien Inkonsistenzen festgestellt worden. Zum Beispiel bei der Untersuchung des rechten Handgelenkes habe er über Beschwerden im rechten Ellenbogen berichtet. Auch die Untersuchung des rechten Ellenbogens habe angeblich starke Schmerzen bereits bei leichter Hautberührung verursacht. Der Beschwerdeführer habe während der gesamten Untersuchung eine kontinuierliche Flexionsstellung bei zirka 70 bis 90° eingenommen, aber anamnestisch habe er mitgeteilt, dass das Autofahren für ihn problemlos möglich sei. Die geklagten Beschwerden seien unter Würdigung der klinischen, radiologischen und elektroneurophysiologischen Befunde medizinisch nicht erklärbar und die Beschwerdeintensität sei aus somatischer Sicht medizinisch nicht nachvollziehbar. Auch die vom Beschwerdeführer gezeigte komplette Kraftlosigkeit bei fehlenden neurologischen und muskulären Defiziten sowie normalem Muskeltonus sei medizinisch nicht nachvollziehbar und erklärbar. Die zuletzt durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Ellenbogengelenkes sowie die neurologische und neurophysiologische Untersuchung im L. ___ in [...] seien aus somatischer Sicht ohne pathologische Befunde geblieben. Auch wie dem ärztlichen Bericht vom 26. Januar 2016 zu entnehmen sei, habe die durchgeführte orthopädische Untersuchung unter Sedation keine Hinweise für einen morphologischen Pathologiebefund im Bereich des Bewegungsapparates gezeigt. Von chirurgischer Seite handle es sich um einen stabilen Zustand und die kreisärztliche Untersuchung könne als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Die weitere Behandlung sei aus chirurgischer

Sicht abgeschlossen. Aufgrund der objektivierbaren somatischen Befunde sei der Beschwerdeführer ab sofort zu 100 % für jegliche Tätigkeit arbeitsfähig (Suva-Nr. 296 S. 9).

4.14 Am 28. Juni 2016 nahmen Dr. med. M.____, Leiter L.____, und Dr. med. N.____, Facharzt Orthopädie ZSM, Stellung zur Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin (Suva-Nr. 327). Sie führten aus, während der Behandlung seit dem Trauma werde ersichtlich, dass sich eine langsame jedoch progrediente Chronifizierung der Problematik anbahne. Darauf werde besonders von Dr. med. I.____ hingewiesen. Die Chronifizierung der Schmerzen sei auch der Grund für die Fortsetzung der Behandlung im L.____ gewesen. Während der Behandlung im L.____ habe eine strukturelle Verletzung ebenfalls ausgeschlossen werden können. In Anbetracht der Chronifizierung des Problems habe sich umso mehr ein funktionelles Problem dargestellt. Der Beschwerdeführer sei seit seiner Verletzung in der Darstellung seiner Probleme immer konsistent geblieben. Daher stelle sich die Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers nicht in Frage. In der kreisärztlichen Untersuchung werde ein strukturelles Problem ausgeschlossen, eine Chronifizierung werde zwar dokumentiert, jedoch in der Schlussfolgerung und Beurteilung völlig ausser Acht gelassen. Es handle sich hier um ein rein funktionelles (nicht strukturelles) Problem, das sich im Verlauf chronifiziert habe. Eine Einstellung der Therapie werde für den Beschwerdeführer und seine Hände Folgen haben.

4.15 Im Bericht vom 12. August 2016 berichtete Dr. med. O.____, Fachärztin für Neurologie FMH, [...], über die Elektroneuromyographie-Untersuchung vom 10. August 2016 (Suva-Nr. 365 S. 5 ff.). Sie hielt fest, bei im Verlauf, verglichen mit der letzten elektroneurographischen Untersuchung vom 16. Januar 2015 im Spital E.____ abnehmender Nervenleitgeschwindigkeit über dem Carpalkanal und SNAP-Amplitudenreduktion des N. medianus am Handgelenk rechts könne ein sich entwickelndes Carpaltunnelsyndrom rechts vermutet werden. Im Übrigen seien die Befunde der elektroneurographischen Untersuchung des N. medianus, N. ulnaris und N. radialis rechts normal.

Im Bericht vom 22. Dezember 2016 stellte Dr. med. O.____ die folgende Diagnose (Suva-Nr. 365): St. n. Kompartmentsyndrom nach Quetschtrauma des rechten Ellenbogens am 20. Februar 2014 des M. pronator teres rechts mit klinischer Beteiligung des N. medianus im Februar 2014 []. Weiter führte sie aus, das klinische Bild sei aktuell geprägt von einer Schmerzsymptomatik im rechten Arm mit Schonhaltung mit vielschichtiger Ätiologie der Schmerzen, einerseits auf Grund schmerzhafter Muskelansätze, andererseits als Folge der Nervenläsion(en) mit residualer Einschränkung der Sensibilität, Beeinträchtigung der Sudomotorik sowie Assoziation mit neuropathischen Beschwerden im Innervationsgebiet des N. medianus im Verlauf wahrscheinlich assoziiert mit einem sich entwickelnden Carpaltunnel-Syndrom sowie schliesslich auf Grund von muskulären Verspannungen. Unter Zusammenschau der auswärtigen klinischen und elektrophysiologischen Befunde sei es im Verlauf der letzten zwei Jahre gegenüber dem ausgeprägten Initialbefund zu einer erfreulichen Erholung der motorischen proximalen Medianus-Läsion mit Beteiligung des N. interosseus anterior als Folge des Kompartment-Syndroms gekommen. Die Ätiologie der Hypästhesie am rechten Unterarm (aktuell N. cutaneus antebrachii lateralis, anlässlich der klinischen neurologischen Untersuchung im Spital E.____ im Versorgungsgebiet des N. cutaneus antebrachii medialis und posterior) könne verschiedene Ursachen haben. Die Lokalisation der Hypästhesie und die Auffälligkeiten im elektrophysiologischen Untersuchungsbefund liessen eine

ursprüngliche Läsion im Bereich des Armplexus vermuten. Diese könnte im Rahmen einer initialen Zerrung oder durch Intervention Mitbeteiligung des Armplexus erfolgt sein. Dafür könne die Verteilung der persistierenden neuropathischen Beschwerden und Schmerzen, sowie die quantitative sensorische Testung, die im K.____ erfolgte, als Substrat dienen. Es werde empfohlen, die rechtsseitige Ellenbogenregion mittels MRI-Verlaufsuntersuchung nochmals zu beurteilen, mit der Frage nach dem Ausmass von Tendinopathien, Neuritis nervi ulnaris sowie Zeichen einer Kontrastmittelaufnahme im Bereich des N. medianus auf Höhe des M. pronator teres rechts. In Ergänzung zur etablierten medikamentösen Therapie werde die Fortsetzung der Physiotherapie empfohlen. Sollten die Massnahmen nicht zur Besserung der Symptomatik führen, könne die Evaluation der Implantation eines peripheren Neurostimulators erfolgen.

4.16 Am 6. Januar 2017 nahm der Kreisarzt med. pract. C.____ abschliessend Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Suva-Nr. 370). Er hielt fest, der Bericht von Dr. med. O.____ vom 22. Dezember 2016 ändere nichts an der Beurteilung über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 25. Mai 2016. Es seien keine weiteren Abklärungen in Bezug auf die Unfallfolgen notwendig.

4.17 Nachdem die Beschwerdegegnerin am 9. Februar 2017 verfügt hatte, den Fall per 31. August 2016 abzuschliessen und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abzulehnen (Suva-Nr. 376), erhob der Beschwerdeführer dagegen Einsprache (Suva-Nrn. 381 und 393). Danach gingen bei der Beschwerdegegnerin die folgenden medizinischen Unterlagen ein:

4.17.1 Im Bericht des Spitals P.____ betreffend MR des Halses vom 20. April 2017 (Suva-Nr. 413) wurde festgehalten, dass keine Läsion des rechtsseitigen Plexus brachialis nachzuweisen sei.

4.17.2 Im Bericht des Spitals P.____ betreffend MR des Ellbogens rechts vom 21. April 2017 (Suva-Nr. 412) wurde zur Beurteilung festgehalten: Keine Tendinopathien, keine Neuritis des Nervus ulnaris oder medianus.

4.17.3 Die Beurteilung des MRI der rechten Schulter vom 3. Mai 2017 (Suva-Nr. 411) ergab einen Defekt an der anteriorinferioren Kapsel, möglicherweise posttraumatischen Ursprungs, Zeichen einer Reizung der Bursa subacromialis und einen hakenförmigen Acromion-Typ.

4.17.4 Am 21. Juli 2017 beurteilte Dr. med. Q.____, Leitender Arzt, Spital E.____ (Suva-Nr. 398), die MRI-Bilder der rechten Schulter des Beschwerdeführers vom 3. Mai 2017 (vgl. E. II. 4.17.3 hiervor). Der Befund beschreibe eine Störung der Gelenkkapsel, welche er in den Bildern nicht auffinden könne. Zu seiner Verwunderung erscheine die Gelenkkapsel sehr weit, was einer zu erwartenden Schultersteife entgegenstehe. Auch bestehe keine Kapselverdickung. Vorne zeige die Subscapularissehne Auffälligkeiten, eher jedoch durch iatrogene Injektion des Kontrastmittels. Es bestehe keine Muskelatrophie und kein sicherer Hinweis für eine Sehnenpathologie der Rotatorenmanschette. Die lange Bizepssehne sei im intraartikulären Abschnitt tendinopathisch verändert. Eine SLAP-Läsion sei möglich. Diese hätte keine Übereinstimmung mit der demonstrierten Klinik. Zudem hätten wohl umfangreiche weitere Abklärungen stattgefunden, Bildgebung der LWS und des Ellbogens sowie der HWS. Gesamthaft sei ihm eine Beurteilung der komplexen Situation, nicht zuletzt auch aufgrund der fehlenden Informationen und der Komplexität des Falles unmöglich. Für die rechte Schulter könne er keine Notwendigkeit der Sinnhaftigkeit

operativer oder infiltrativer Massnahmen erklären. Bei heutiger Demonstration zeige der Beschwerdeführer eine Abduktion von 45° und eine Rotation von 20°. Auch heute sei keine Schulteruntersuchung möglich.

4.17.5 Mit Bericht vom 7. August 2017 (Suva-Nr. 402) hielt die behandelnde Neurologin Dr. med. O. ___ fest, anamnestisch seien die neuropathischen Beschwerden im rechten Arm weiter regredient, dazu passend sei die Hypästhesie im Versorgungsgebiet des N. cutaneus antebrachii lateralis rechts regredient, ebenfalls die Schweisssekretionsstörung in der rechten Hand, sowohl klinisch, als auch durch den elektroneurographischen Befund untermauert (sympathische Hautantworten). Es persistiere eine Hypästhesie im Versorgungsgebiet des N. medianus rechts, welche bereits anlässlich der letzten Untersuchung zusammen mit einem pathologischen SEP-Befund auf eine residuale sensible partielle Armplexusläsion zurückgeführt worden sei, ohne sichere Hinweise auf ein Carpaltunnel-Syndrom. Nach wie vor persistiere eine Interosseus anterior-Parese rechts mit eingeschränktem Pinzettengriff. Das Ganze werde überlagert von einer zunehmenden schmerzhaft eingeschränkten Schulterbeweglichkeit rechts, wobei sich hier ein Defekt an der anteroinferioren Kapsel mit vernarbtem mittlerem glenohumeralem Ligament, möglicherweise posttraumatischen Ursprungs und eine Reizung der Bursa subacromialis als Substrat in einer rezenten Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter ergeben habe. Bei der klinischen und elektrophysiologischen Untersuchung habe jeweils eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Schulter imponiert, bewegungsabhängig stark verstärkt, insbesondere bei der Schulterabduktion und Schulteraussenrotation, einhergehend mit ausgeprägten muskulären Verspannungen im Schultergürtelbereich, welche die postulierte residuale sensible partielle Armplexusläsion überlagere (klinisch und elektrophysiologisch). Weiter führte Dr. med. O. ___ aus, die in den letzten Monaten zunehmenden Lumbalgien und assoziierten linksseitigen Beinbeschwerden hätten einen primär lumbospondylogenen Charakter. Eine intermittierende lumboradikuläre Reizkomponente L5, S1, links mehr als rechts sei aber auf Grund einer Hypästhesie und Hypalgesie, die dem Dermatome S1 links zugeordnet werden könne, einer Reflexabschwächung der TPR und ASR im Vergleich zu den Adduktorenreflexen und Patellarsehnenreflexen und einer sensiblen segmentalen Reizleitungsstörung L4-S1 wahrscheinlich. Als Korrelat dafür ergebe sich in der aktuellen MRI-Untersuchung der LWS eine Fehlhaltung einerseits, andererseits eine Segmentdegeneration L4/L5/SWK1. Der Reflexabschwächung und sensiblen Reizleitungsstörung könne als Go-Faktor eine beginnende Polyneuropathie bei grenzwertig normalen sympathischen Hautantworten der Fusssohlen zugrunde liegen.

4.17.6 Am 1. März 2018 berichtete med. pract. R. ___, Facharzt für Anästhesiologie und Interventionelle Schmerztherapie FMH, über die medizinische Konsultation vom 12. Februar 2018 (Suva-Nr. 417). Folgende Diagnosen lassen sich seinem Bericht entnehmen:

Weiter führte med. pract. R. ___ aus, die Beschwerden des Beschwerdeführers gingen auf den Arbeitsunfall von 2014 zurück und es stünden die Schmerzen im Bereich des rechten Arms im Vordergrund. Dabei habe sich auch ein CRPS entwickelt, welches in geringer Form heute noch vegetativ wiederholt vorhanden sei. Als hauptsächliche Überbleibsel bestünden ausgeprägte Myogelosen, die mit einer massiven Schmerzhaftigkeit und Einschränkung der Beweglichkeit und einer Allodynie einhergingen. Im Bereich des Brustkorbes bestünden auch Beschwerden, die jedoch wohl primär untergegangen seien und auch bei der mangelnden sprachlichen Fähigkeit des Beschwerdeführers, sich

auszudrücken, nicht bei den diversen Visiten aufgenommen worden seien, da immer dann der Arm schon die Konsultation ausgefüllt habe. Ebenfalls im Bereich des lumbosacralen Überganges bestünden die Beschwerden seit dem Unfall nach seinem Erachten die Möglichkeit einer Listhese L5/S1. Hierzu benötige er alle MRI-Bilder aus dem Spital P.____, die damals angefertigt worden seien. Weitere Therapien würden sich dann ergeben, deren Besprechung in der nächsten Konsultation stattfinden werde. Im Bereich des rechten Armes mit noch geringer Form des CRPS wäre eine Sympathikolyse sinnvoll, sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch, wenn sich durch die Sympathikolyse ein sympathikonerger Schmerz bestätigen würde. Nach grobem Überblick sei wohl ein Plexuskatheter erfolgt, jedoch keine Sympathikolyse.

Mit Bericht vom 1. März 2018 (Suva-Nr. 417 S. 7 ff.) bestätigte med. pract. R.____ die im Bericht vom 14. Februar 2018 gestellten Diagnosen. Ferner hielt er fest, im Vordergrund stehe die Aufarbeitung der verschiedenen MRI-Bilder, die ihm jetzt vorlägen. Es fänden sich im MRI der LWS keine grossen Veränderungen im Bereich der Bandscheibe und eine Facettendegeneration L3-S1 links. Dies korreliere durchaus mit den Schmerzen. Zusätzlich bestehe ein M.-piriformis-Syndrom, welches eher die wiederholte Kraftminderung im linken Bein zeige. Es folge die manuelle Triggerpunktbehandlung des Musculus piriformis links vier Minuten sowie die Unterweisung in Eigendehnungsübungen. Während der Durchführung sei es zu vermehrtem Taubheitsgefühl im Bein gekommen, was insgesamt zur Problematik des linken Beines passe. Es wäre deshalb eine Facetten-Nerv-Blockade möglich. Im thorakalen Bereich bestünden ebenfalls massive Schmerzen seit dem Unfall damals. Dabei dürfe es sich am ehesten auch um ein Facettensyndrom handeln. Im Bereich des rechten Arms habe in der Vorgeschichte eine Plexusanästhesie stattgefunden. Diese würde er nicht wiederholen, aber eine Sympathikolyse habe noch nicht stattgefunden. Nur dadurch sei ein sympathisch unterhaltener Schmerz herauszufinden. Im Bereich der Muskulatur fänden sich multiple massive lokale Schmerzorte im Bereich von Myogelosen. Hier sei eine lokalanästhesiologische Infiltration der einzelnen Punkte zu empfehlen. Im Bereich der rechten Schulter wäre noch die Betäubung des Nervus suprascapularis möglich, ob hierunter die Kapsel betäubt sei. Im Bereich des Kopfes und des occipitalen Kopfschmerzens könnten die Schmerzen auch von einer Bedrängung des Nervus occipitalis major an der Durchtrittsstelle des M. semispinalis capitis herkommen.

4.17.7 Mit Bericht vom 3. Mai 2018 (Suva-Nr. 424) stellte Dr. med. S.____, Facharzt für Neurologie FMH, [...], folgende Diagnosen:

Weiter führte Dr. med. S.____ aus, der Beschwerdeführer habe sich zur zweiten Meinung vorgestellt, habe aber keinerlei Unterlagen oder Vorbefunde mitgebracht. Beim Beschwerdeführer liege ein chronisches Schmerzsyndrom rechts vor, das zu einer erheblichen Gebrauchsunfähigkeit des Armes geführt habe. Es sei nur eine sehr geringe Läsion des N. medianus zu objektivieren. So seien die sensiblen Reizantworten ohne signifikante Seitendifferenz der Amplitude, die Leitgeschwindigkeiten normal, die motorische Reizantwort mit 9.5 mV absolut regelrecht und zuletzt sei auch des EMG des M. flexor pollicis longus fast normal. Es fänden sich lediglich Zeichen einer sehr geringen neurogenen Schädigung. Mit Sicherheit liege aber eine zentrale Innervationsstörung vor, im Sinne einer Schmerzschonung oder auch Aggravation. Belegen lasse sich dieses durch die niedrige Entladungsrate im EMG. Im Vordergrund der Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes stehe ein neuropathisches Schmerzsyndrom, wobei eine deutliche Aggravationstendenz angenommen werden könne. Therapeutisch sei die Fortsetzung der

Physiotherapie zu empfehlen, auch könne die Dosis des Lyrica auf 300 mg erhöht werden. Nebenbefundlich zeige sich eine leichte Wurzelirritation L5 und S1 ohne nachweisbare manifeste Ausfälle. Hier wäre eine entsprechende Physiotherapie ratsam.

4.17.8 Am 19. Juni 2018 nahm der Kreisarzt med. pract. C.____ Stellung zu den inzwischen eingegangenen medizinischen Berichten, insbesondere zu denen des behandelnden Arztes med. pract. R.____ (Suva-Nr. 433). Er führte aus, aufgrund der zwischenzeitlich eingegangenen medizinischen Unterlagen lägen keine neuen medizinischen Tatsachen vor, die unfallkausal wären. An der kreisärztlichen Beurteilung vom 25. Mai 2016 ändere sich nichts. Damit der Kreisarzt zum Bericht von med. pract. R.____ exakt Stellung nehmen könne, bitte er ihn, ihm die wissenschaftlichen Quellen für seine Begründung anzugeben, dass vier Jahre nach dem St. n. Kompartimentsyndrom nach Quetschtrauma Ellenbogen rechts vom 20. Februar 2014 ein BWK-Schmerzsyndrom, eine Instabilität L5/S1 mit wiederholter Wurzelbedrängung L5 links und sensiblem Defizit und wiederholter motorischer Schwäche, sowie Verdacht auf Impingement-Syndrom und Verdacht auf Abriss der langen Bizepssehne der linken Schulter unfallkausal seien. Weiter legte med. pract. C.____ dar, die aufgrund der Schlafproblematik erfolgte Anmeldung an die T.____ sei nicht aufgrund des Unfalles indiziert. Die Schlafapnoe trete in zwei Formen auf, deren Ursachen sich grundlegend unterschieden: Als obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) und als zentrales Schlafapnoesyndrom (ZSAS). Faktoren wie starkes Übergewicht (Adipositas), Nasenpolypen, vergrösserte Rachenmandeln, vergrösserte Zunge, Alkohol, Rauchen, Beruhigungsmittel, Diabetes mellitus, metabolisches Syndrom, Herzschwäche oder Schlafen in Rückenlage könnten eine obstruktive Schlafapnoe (OSAS) begünstigen oder das Syndrom verschlimmern. Die Ursache für die zentrale Schlafapnoe (ZSAS) sei eine Störung des Atemzentrums im Gehirn. Mögliche Ursachen hierfür seien ein geschädigtes Atemzentrum infolge einer Entzündung (Enzephalitis) oder von Durchblutungsstörungen im Gehirn, ein gehemmtes Atemzentrum (zentrale Atemdepression) durch bestimmte Medikamente, Drogen oder sonstige Substanzen, sowie Herzerkrankungen, die mit einer verlangsamten Blutzirkulation einhergingen.

4.17.9 Im Bericht vom 20. Juni 2018 (Suva-Nr. 437) führte med. pract. R.____ aus, es habe die Behandlung der autochthonen Rückenmuskulatur im BWS-Bereich stattgefunden, mit Injektion und Triggerpunkt-Behandlung. Anschliessend sei der Beschwerdeführer schmerzfrei gewesen in diesem Bereich. Dies sei nochmals zum Wochenende zu wiederholen, falls der Schmerz wieder auftreten sollte. Im Bereich des rechten Armes gebe es eine hauptsächlich lokale Stelle, auch hier sei es möglich, eine Injektion von lokalen Betäubungsmitteln in die Muskulatur zu verabreichen, um zu sehen, ob hierdurch insgesamt die Schmerzen im Arm reduziert werden könnten, mit anschliessender Triggerpunkt-Behandlung. Im Bereich des lumbosacralen Überganges sei über eine Facetten-Nerv-Blockade und bei positivem Verlauf über die Radiofrequenztherapie aufgeklärt worden. Hiervor habe der Beschwerdeführer massive Angst. Dies sei verständlich. Nach einem Einklemmungstrauma, welches in der Form für sich allein schon traumatisch sei, und mit Entschädigung des rechten Arms mit CRPS hätten sich die Folgeschäden eingestellt. Diese Folgenstellen bestünden vor allem im myofascialen Bereich und im Bereich der vegetativen Reaktion, was typische Spätfolgen seien. Es sei aber auch typisch, dass die Beschwerdegegnerin versuche, dies als nicht unfallbedingt zu bezeichnen. Dies sei jeweils für den Behandler äusserst unbefriedigend, aber fast Normalzustand. Der behandelnde Arzt med. pract. R.____ halte den jetzigen Zustand des Beschwerdeführers für

unfallbedingt und er sei der Meinung, dass der ganze Komplex auch von der Unfallversicherung in der Behandlung zu finanzieren sei. Für den Beschwerdeführer habe vorher ein guter körperlicher Allgemeinzustand mit guter Arbeitsfähigkeit bestanden, ohne einen Tag krank zu sein. Von seiner Seite sei die weitere Übernahme der Behandlungskosten im physiotherapeutischen Bereich durch die Beschwerdegegnerin notwendig.

Am 26. Juli 2018 berichtete med. pract. R.____ (Suva-Nr. 443), es sei gut, dass es im Schlaflabor zur Begutachtung der deutlichen Schlafstörung des Beschwerdeführers komme. Aufgrund der wiederholten Flashbacks sei von ihm die Fragestellung im Bereich der Psychologie erfolgt, ob es sich nebst der Depression noch um eine posttraumatische Belastungsstörung handeln könnte. Dies sei vom behandelnden Psychiater Dr. med. I.____ als möglich bis sehr wahrscheinlich eingeschätzt worden. Für Dr. med. I.____ sei zur weiteren Differenzierung eine stationäre psychosomatische Therapie zum Beispiel in der Klinik T.____ sinnvoll und in der jetzigen Stufe der Erkrankung bei deutlicher depressiver Erschöpfung auch notwendig. Deshalb erfolge von seiner Seite die Beantragung beim medizinischen Dienst der Unfallversicherung eine stationäre rehabilitative, psychosomatische Therapie in der Klinik T.____. Im Gegensatz zur Schlafstörung sei die psychische Situation eindeutig dem Unfall zuzuordnen.

Im Bericht vom 24. September 2018 führte med. pract. R.____ aus (Suva-Nr. 448), es sei die Vorstellung des Beschwerdeführers seinerseits bei Herrn Dr. U.____ erfolgt, mit der Fragestellung, ob eine stationäre psychosomatische Therapie indiziert sei. Nun sei der Beschwerdeführer in der Situation, dass über die Art der Ursache der Erkrankung noch verhandelt werde. Die Beschwerdegegnerin sei der Meinung, dass die Behandlung abgeschlossen sei. Der behandelnde Arzt med. pract. R.____ sei nicht der Meinung, dass alles Krankheit sei, sondern, dass speziell auch der psychiatrische Bereich als Folge des Unfalles zu werten sei.

4.17.10 In der Zeit vom 19. Dezember 2018 bis 18. Januar 2019 war der Beschwerdeführer in der T.____ hospitalisiert (Suva-Nr. 453). Dem Bericht vom 1. März 2019 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Weiter wurde dargelegt, bei der Erarbeitung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses habe der Beschwerdeführer sich reflektiert gezeigt und es sei ihm gelungen, auch psychologische Einflussfaktoren wie Angst und Wut auf sein Schmerzerleben anzuerkennen. Bei der Klärung der zugrundeliegenden Dynamik habe sich zudem herausgestellt, dass der Beschwerdeführer seit seinem Arbeitsunfall unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leide, was sowohl bei der testdiagnostischen Abklärung (SKID-I) als auch im klinischen Eindruck deutlich geworden sei. Der Beschwerdeführer sei durch häufige Intrusionen und nächtliche Alpträume belastet, welche wiederum mit einem erhöhten Schmerzerleben einhergingen. Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sei aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer und der Schwerpunktsetzung auf andere Ziele nicht realistisch gewesen und habe sich auf das Vermitteln von Störungswissen beschränkt. Bei der Behandlung der Schlafstörung habe sich gezeigt, dass der Einsatz von Entspannungstechniken keine merkliche Verbesserung bewirken können. Die darauffolgende medikamentöse Behandlung mit Remeron habe die Schlafqualität ein wenig verbessert und für den Beschwerdeführer eine gewisse Entlastung dargestellt, die Schlafqualität sei jedoch weiterhin nicht zufriedenstellend. Der Beschwerdeführer habe sich dazu entschieden, nach 31 Spitaltagen auszutreten, da er bei

einem länger dauernden Aufenthalt keine Beiträge von der Arbeitslosenversicherung mehr erhalten hätte. Er sei in psychisch etwas stabilisiertem und physisch unverändertem Zustand nach Hause entlassen worden. Während des gesamten Aufenthalts habe beim Beschwerdeführer kein Anhalt für akute Suizidalität bestanden, er habe sich auf Nachfrage stets glaubhaft von suizidalen Gedanken und Handlungsimpulsen distanzieren können. Zur weiteren psychischen Stabilisierung werde der Beschwerdeführer die ambulante Psychotherapie fortführen. Zudem habe er sich motiviert gezeigt, die Physiotherapie / MTT weiterzuführen.

4.18 Vor dem Versicherungsgericht liess der Beschwerdeführer das von der IV-Stelle des Kantons Solothurn in Auftrag gegebene psychiatrische Fachgutachten der Gutachterstelle V.____, vom 30. September 2020 (Urkunde-Nr. 3), einreichen. Folgende Diagnosen lassen sich diesem Fachgutachten entnehmen (Gutachten S. 16):

Weiter führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. von W.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, eine geldwerte Arbeitsleistung in vormaliger Tätigkeit sei weder zumutbar noch zu erwarten. Diese Beurteilung gelte seit Antragsstellung bzw. seit dem Unfall. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsse folgende Merkmale aufweisen: Keine gefährlichen Maschinen bedienen, keine Arbeiten mit besonderer Konzentrationsanforderung, Toleranz von Einschränkungen in der Teamfähigkeit, keine Erfordernis besonderer Stresstoleranz, keine Anforderung an die Reaktionsfähigkeit, Arbeiten ohne besondere Lärmbelastung, ohne störende Lichtverhältnisse, Möglichkeit der vermehrten Pauseninanspruchnahme, kein ständig wechselnder Kontakt mit anderen Menschen, kein Publikumsverkehr, gut strukturierte Tätigkeit, begrenzte Verantwortung, keine Führungsaufgaben, keine Schichtarbeit. Ausgehend von einer 42-Stunden-Woche bzw. einem 8.4 Stunden / Tag bzw. einem 100%-Pensum liessen sich auf psychiatrischem Fachgebiet keine weitergehenden Einschränkungen plausibilisieren, warum der Beschwerdeführer nicht zumindest vormittags etwa eineinhalb Stunden und nachmittags etwa zwei Stunden Präsenz in einer leidensangepassten Tätigkeit und entsprechende Leistung zeigen könnte. Dies entspreche gesamthaft einer Arbeitsfähigkeit von 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Auch diese Beurteilung gelte seit Antragsstellung (Gutachten S. 24 ff.).

5. Zu beurteilen ist vorliegend zunächst die Frage, für welche Gesundheitsschäden die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig ist. Umstritten sind insbesondere die Unfallkausalität in Bezug auf die Armbeschwerden rechts und das psychische Leiden.

5.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Armbeschwerden rechts in einem Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Februar 2014 stehen. Die Beschwerdegegnerin verneint im angefochtenen Einspracheentscheid die Unfallkausalität hinsichtlich der Armbeschwerden rechts. Dabei stützt sie sich auf die Beurteilung des Kreisarztes med. pract. C.____ vom 25. Mai 2016 (vgl. E. II. 4.13 hiervor), weshalb nachfolgend deren Beweiswert bezüglich der Unfallkausalität zu prüfen ist.

5.1.1 Der Umstand, dass med. pract. C.____ nicht über einen neurologischen Facharztstitel verfügt, vermag für sich alleine noch nicht dazu führen, dass seinen Beurteilungen zum vornherein der Beweiswert abzuerkennen wäre, auch wenn der vorliegende Sachverhalt im neurologischen Fachgebiet anzusiedeln ist. Die Ärzte der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten

diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie ■ unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharzttitle ■ über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.2 mit Hinweisen).

5.1.2 Der Kreisarzt med. pract. C.____ hat in seinem Bericht zur Abschlussuntersuchung vom 25. Mai 2016 zwar kurz, jedoch klar und ausreichend zum medizinischen Sachverhalt Stellung bezogen. Die Beurteilung von med. pract. C.____ beruhte auf einer gründlichen Abklärung des Sachverhalts, indem er die Vorakten zur Kenntnis nahm (s. Suva-Nr. 296 S. 1 ff.), dem Beschwerdeführer Gelegenheit gab, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (Suva-Nr. 296 S. 7) und eine eigene klinische Untersuchung durchführte (Suva-Nr. 296 S. 7 f.). Auf dieser Basis begründete med. pract. C.____ seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar (Suva-Nr. 296 S. 8 f.). Der Kreisarzt med. pract. C.____ setzt sich in seiner Beurteilung mit den Vorakten sowie den (bildgebenden) Befunden auseinander. Er gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, die er in nachvollziehbarer Weise herleitet. Sein Bericht ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Er setzt sich mit der Frage einer allfälligen Unfallkausalität auseinander und verneint diese. Mit überzeugender Begründung gelangte er zum Schluss, dass die geklagten Armbeschwerden nicht (mehr) auf das Ereignis vom 20. Februar 2014 zurückzuführen sind. Seine Einschätzung ist daher grundsätzlich geeignet, eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung zu bilden.

5.1.3 Es liegen keine Arztberichte vor, welche geeignet wären, Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Unfallkausalität 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). Bezüglich der Abklärungsmethoden wird überdies vorausgesetzt, dass diese strukturelle ■ und nicht bloss funktionelle ■ Beeinträchtigungen nachzuweisen vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.5.2). Eine dementsprechend organisch objektiv ausgewiesene Unfallrestfolge liegt nicht vor. Die wiederholt postulierte Diagnose eines neuropathischen Syndroms wurde vorliegend aufgrund von klinischen und elektrophysiologischen Befunden gestellt (vgl. E. II. 4.15, 4.17.5, 4.17.7; Suva-Nrn. 365, 402, 424). Die Abklärungsmethode mittels Elektroneurographie dient der Beurteilung der Funktionsfähigkeit der peripheren Nerven, weshalb sie sich per se nicht für den Nachweis von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen im Sinne der Rechtsprechung eignet (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.5.2). Der mit Elektroneurographie erhobene Befund kann daher nicht als organisch nachgewiesen gelten. Ein Indiz gegen das Vorliegen einer Nervenschädigung kann auch in den Ausführungen des K.____ gesehen werden, wonach der brennende Schmerz aus neurologischer Sicht nicht zuzuordnen sei. Anhand des klinisch-neurologischen Befundes und der Ergebnisse der Zusatzdiagnostik könne ein neuropathischer Schmerz am rechten Arm nicht diagnostiziert werden (vgl. E. II. 4.11 hiervor; Suva-Nr. 272). Sodann wurde im Bericht des K.____ vom 28. Juni 2016 festgehalten, es werde eine strukturelle Verletzung ausgeschlossen, es handle sich um ein rein funktionelles Problem (vgl. E. II. 4.14 hiervor; Suva-Nr. 327). Entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde S. 7; A.S. 29) verneinte auch die Neurologin Dr. med. F.____ in ihrem Bericht vom 30. Juni 2014 das Vorliegen einer

objektivierbaren axonalen Schädigung (vgl. E. II. 4.6 hiavor; Suva-Nr. 63), nachdem sie zunächst von einer solchen ausgegangen war (vgl. Suva-Nr. 15). Im Weiteren führte sie im Bericht vom 16. Januar 2015 aus, diagnostisch könne zum Ausschluss einer zusätzlichen lokalen Kompression, welche jedoch aufgrund der normalen elektrophysiologischen Untersuchung nicht primär zu vermuten sei, eine strukturelle Pathologie des Vorderarmes beispielsweise MR tomographisch gesucht und ausgeschlossen werden (Suva-Nr. 171 S. 3). Ferner lässt sich auch den weiteren, nach kreisärztlicher Beurteilung ergangenen Berichten der behandelnden Ärzte nicht entnehmen, dass die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers auf ein unfallbedingtes organisches Korrelat zurückzuführen wären. So führte auch die behandelnde Neurologin Dr. med. O. ___ in ihrem Bericht vom 28. September ■ 22. Dezember 2016 (Suva-Nr. 365 S. 3). aus, unter Zusammenschau der auswärtigen klinischen und elektrophysiologischen Befunde sei es im Verlauf der letzten zwei Jahre zu einer gegenüber dem ausgeprägten Initialbefund erfreulichen Erholung der motorischen proximalen Medianus-Läsion mit Beteiligung des N. interosseus anterior als Folge des Kompartment-Syndroms gekommen. Die Ätiologie der Hypästhesie am rechten Unterarm (aktuell N. cutaneus antebrachii lateralis, anlässlich der klinischen neurologischen Untersuchung im Spital E. ___ im Versorgungsgebiet des N. cutaneus antebrachii medialis und posterior) könne verschiedene Ursachen haben. Die Lokalisation der Hypästhesie und die Auffälligkeiten im elektrophysiologischen Untersuchungsbefund liessen eine ursprüngliche Läsion im Bereich des Armplexus vermuten. Daraus kann der Beschwerdeführer jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn blosse Verdachtsdiagnosen oder Vermutungen reichen im Sozialversicherungsrecht nicht aus, um das Vorliegen eines unfallbedingten organischen Befundes zu begründen. Auch den Berichten von med. pract. R. ___ ist nicht mit genügender Klarheit zu entnehmen, dass die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers auf ein unfallbedingtes organisches Korrelat zurückzuführen wären. Er beschränkt sich im Wesentlichen auf die pauschale (mehrfach wiederholte) Aussage, der Gesundheitszustand sei unfallbedingt, ohne dafür aber eine eingehende, differenzierte und nachvollziehbare Begründung zu liefern. Falls er eine Kausalität daraus abgeleitet hat, dass die fraglichen Beschwerden erstmals nach dem 20. Februar 2014 auftraten, so wäre zu entgegnen, dass dies keine Verbindung zum Unfall beweist, vielmehr würde es sich dabei um eine unzulässige Argumentation «post hoc, ergo propter hoc» handeln (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von med. pract. R. ___ in diesem Punkt auch deswegen nur geringer Beweiswert zuzumessen ist. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte ergeben sich somit keine schlüssigen und beweiskräftigen Aussagen, welche geeignet wären, die Beurteilung des Kausalzusammenhangs durch den Kreisarzt in Zweifel zu ziehen. Ferner ergab auch die MR-Untersuchung des Ellbogens rechts vom 21. April 2017 (vgl. E. II. 4.17.2 hiavor; Suva-Nr. 412) keine strukturellen Beeinträchtigungen (s. folgende Beurteilung: Keine Tendinopathien, keine Neuritis des Nervus ulnaris oder medianus), nachdem eine MRT-Untersuchung des Ellbogens rechts vom 14. April 2014 unter anderem eine Signalveränderung vereinbar mit einer Verletzung/Narbe des N. medianus ergeben hatte (vgl. Suva-Nr. 21).

5.1.4 Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, dass bereits im Bericht des Spitals E. ___ vom 5. Juni 2014 ein CRPS diagnostiziert und von med. pract. R. ___ in seinen Berichten

vom 14. Februar und 1. März 2018 bestätigt worden sei. Es habe somit ohne Zweifel initial ein ausschliesslich somatischer Kern der Beschwerden vorgelegen (Beschwerde S. 13; A.S. 35). Wie es sich mit der Diagnose eines CRPS verhält, muss vorliegend indes nicht näher geprüft werden, weil ein solches nicht als unfallkausal gelten könnte. Nach der Bundesgerichtspraxis ist ein unfallbedingtes CRPS nur dann anzunehmen, wenn anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb einer Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall (oder einer späteren, wegen des Unfalls durchgeführten Operation) zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2020 vom 2. September 2020 E. 3.2). Zu den klinischen Zeichen eines CRPS gehören schwer lokalisierbare brennende Schmerzen kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen, u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen oder lokal vermehrtes Haarwachstum (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2). Im vorliegenden Fall müssten solche Symptome nach dem Eingriff vom 21. Februar 2014 bis spätestens Mitte April 2014 aufgetreten sein, was nach Aktenlage nicht der Fall ist. Ein CRPS kam erstmals im Bericht des Spitals E. ___ vom 5. Juni 2014 (Suva-Nr. 27) zur Sprache, also deutlich nach Ablauf der genannten Latenzzeit. Dort stellte man fest, dass klinisch eine Schwellung der rechten Hand und eine leichte Hyperhidrose der Hand rechts auffalle, sodass der Verdacht auf ein beginnendes, chronisches Schmerzsyndrom (CRPS) bestehe. Im folgenden Bericht vom 2. Juli 2014 wurde jedoch festgehalten, dass klinisch kein Anhalt für ein CRPS bestehe (Suva-Nr. 53). Die zeitlich später bzw. deutlich nach Ablauf der maximalen Latenzzeit ergangenen Berichte, insbesondere die Berichte von med. pract. R. ___ vom 14. Februar 2018 und 1. März 2018 (vgl. Beschwerde S. 13; A.S. 35) können das Vorliegen eines unfallbedingten CRPS erst recht nicht begründen. Ein allfälliges CRPS lässt sich mit dem Grundfall vom 20. Februar 2014 bzw. mit der Operation vom 21. Februar 2014 nicht in Verbindung bringen und darf daher bei der Beurteilung nicht berücksichtigt werden. Soweit abweichende Aussagen der behandelnden Ärzte in der CRPS-Diagnose gründen, geben sie folglich keinen Anlass für Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung.

5.2 Insgesamt kann festgestellt werden, dass die kreisärztliche Kausalitätsbeurteilung in Bezug auf den rechten Arm auf einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Das Gericht kommt daher zum Schluss, dass die Kausalitätsbeurteilung von med. pract. C. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend ist. Zusammenfassend fehlt es an nachweisbaren strukturellen Befunden, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine unfallkausalen somatischen Beschwerden mehr vorlagen. Nach dem Gesagten würde eine weitere Behandlung nur noch nicht somatisch bedingte Beschwerden therapieren. Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt. Weitere medizinische Abklärungen wie das beantragte Gerichtsgutachten erübrigen sich, da davon angesichts der Befundlage keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind.

6. Wie soeben dargelegt, liegt für die weiterhin persistierende Schmerzsymptomatik kein unfallbedingtes, organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat vor. Andererseits ergibt sich aus den Akten eine psychiatrische Problematik des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.10, 4.17.10 und 4.18 hiervor). Fraglich ist im Folgenden, ob die fortbestehenden Beschwerden,

welche somatisch nicht begründbar resp. psychischer Natur sind, in einem adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen. Zu prüfen sind demnach die besonderen Adäquanzkriterien anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen (vgl. E. II. 2.4 hiervor).

6.1 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). 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):

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 Unfall einstufen 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.).

6.2 Die Beschwerdeführerin wertet das Ereignis vom 20. Februar 2014 als mittelschweres Ereignis im engeren Sinn. Nach Auffassung des Beschwerdeführers liegt ein schwerer oder zumindest ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen vor (vgl. Beschwerde S. 16 f.; A.S. 39 f.).

6.2.1 Laut dem Unfallrapport vom 5. Januar 2015 (Suva-Nr. 169) lief der Unfall vom 20. Februar 2014 wie folgt ab: Der Unfall habe sich ca. zehn Minuten vor Arbeitsende ereignet. Der Beschwerdeführer habe die fünfstündige Reinigung abgeschlossen und habe nur noch die Nadelstellung kontrollieren müssen. Der Beschwerdeführer habe das Papier zwischen den Nadelbalken und die Abstreifplatte eingelegt und sei zum Bedienpanel zurückgegangen. Als er bereits den Befehl zum Schliessen der Maschine gegeben habe, habe er gesehen, dass das eingelegte Papier schräg gewesen sei. Deshalb sei er losgerannt und habe das Papier noch gerade rücken wollen. Er habe die Maschine laufen lassen und sich auch nicht in die Rückhaltevorrichtung gegen Absturz eingehängt. Der Beschwerdeführer habe in die sich schliessende Maschine gegriffen, um das Papier gerade zu rücken. Dabei sei sein Arm zwischen dem Nadelbalken und der Abstreifplatte eingeklemmt worden.

6.2.2 Die Schwere des Unfalls bestimmt sich aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelten Kräften, wobei demgegenüber die Folgen des Ereignisses oder Begleitumstände, die diesem nicht direkt zugeordnet werden können, nicht zu berücksichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_609/2020 vom 18. März 2021 E. 3.4 mit Hinweis). Die (nachfolgend auszugsweise wiedergegebene) Rechtsprechung hatte sich schon verschiedentlich mit der Unfallschwere bei Handverletzungen zu befassen. Als schwerere Fälle im mittleren Bereich hat die Praxis

regelmässig Ereignisse eingestuft, welche mit wesentlich höheren Krafteinwirkungen verbunden waren. Zu erwähnen sind etwa (vgl. hierzu die Zusammenstellung im Urteil 8C_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1 und 4.1.2 mit Hinweisen): Amputationen an den Fingern III-V durch ein laufendes Fräsblatt und die Totalamputation an den Fingern I-III mit subtotaler Amputation an den Fingern IV und V beim Kehlen. Demgegenüber wurden folgende Handverletzungen als mittelschweres Geschehen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft: Beeinträchtigung der Fingerkuppen und allenfalls des Handgelenks (Carpaltunnelsyndrom) durch rotierendes Messer des Rasenmähers; Abtrennung der Finger II-IV auf der Höhe der Mittelgelenke sowie des Fingers V auf der Höhe der Endphalanx durch Stahlseil beim Holzführen; Durchtrennung der Flexor pollicis longus-Sehne des linken Daumens und des radialen Gefässnervenbündels durch Glasscherben einer Milchflasche; durch Fräsmaschine erlittene Nerven- und Sehnenverletzungen an der linken Hand; Einklemmen der Hand in einer Walze, was zu einem massiven Quetschtrauma mit Defektrupturen der Beugesehnen dreier Finger sowie einer Fraktur des fünften Fingers führte. Als mittelschwer im engeren Sinn wurden Unfälle eingestuft, bei denen der Versicherte beim Reinigen einer Doppelwalze mit der linken Hand in die Walzenräder geriet und dabei ein Degloving des linken Daumens und Quetschwunden im Bereich der Endglieder und -gelenke der Finger II, IV und V sowie eine Zerrung und Distractionsverletzung der gesamten linken oberen Extremität oder beim Holzfräsen folgende Verletzungen erlitt: "Am Daumen subtotale Abtrennung knapp proximal des IP-Gelenks mit intakter 4mm breiter Weichteilbrücke dorsalseits und fraglicher Zirkulation, palmarer Weichteildefekt bis in den Bereich der Fingerkuppen-Mitte, Defektläsion im Bereich des Grundphalanxköpfchens mit Zerstörung des IP-Gelenks; am Zeigefinger 3 cm lange, schrägverlaufende ulnopalmar Rissquetschwunde mit Durchtrennung der Profundus-Beugesehne sowie des ulnaren Superficialis-Beugesehnenzügels in der Zone II, Durchtrennung des ulnopalmaren Gefäss-Nervenbündels bei intakter Zirkulation; am Mittelfinger subtotale Abtrennung Höhe PIP-Gelenk mit intakter 1 cm breiter Weichteilbrücke radiopalmar, Zirkulation intakt, Sensibilitätsstörung ulnarseits bei intakter Sensibilität radiallyseits und Defektläsion im Bereich der Mittelphalanxbasis mit Zerstörung von zirka der Hälfte der PIP-Gelenkfläche".

6.2.3 Der hier zu beurteilende Unfall ist im Lichte der dargelegten Rechtsprechung den mittleren Unfällen und dort nicht dem Grenzbereich zu den schweren Unfällen zuzuordnen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers liegt erst recht kein schwerer Unfall vor. Es ist nicht ersichtlich, inwieweit die Tatsache, dass die Nadelmaschine mit 55'000 Nadeln ausgestattet ist und mit 600 Hüben pro Minute der Fliess durchstochen und so verdichtet wird, bei der Beurteilung der Unfallschwere massgebend sein sollte, zumal diese technischen Daten keinen direkten Einfluss auf das Unfallereignis hatten, wie dies die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 f.; A.S. 63 f.). Von den massgebenden Zusatzkriterien müssten demnach mindestens drei oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, um den adäquaten Kausalzusammenhang bejahen zu können.

6.3

6.3.1 Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen

Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_638/2012 vom 30. Oktober 2012 E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen). In Anbetracht dieser Rechtsprechung kann dem Unfall vom 20. Februar 2014 eine gewisse Eindrücklichkeit zwar nicht abgesprochen werden, es liegen jedoch keine Umstände vor, die zur Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit der Begleitumstände führen könnten. Letztlich kann die Frage jedoch offen bleiben, denn selbst wenn man dem geschilderten Vorgang eine besondere Eindrücklichkeit zuschreiben wollte, würde die Adäquanzbeurteilung dadurch nicht verändert.

6.3.2 Es fragt sich weiter, ob das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung und ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, gegeben ist. Den körperlichen Verletzungen, die sich der Beschwerdeführer beim Unfall zugezogen hat, ist eine gewisse Schwere nicht abzuspochen. Jedoch ist hierbei auch zu berücksichtigen, dass ein objektiv gutes Behandlungsergebnis erzielt werden konnte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_39/2021 vom 6. Juli 2021 E. 6.2.3, 8C_424/2020 vom 24. September 2020 E. 5.3), so dass das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung nicht erfüllt ist.

6.3.3 Bei der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall mit der Ambulanz hospitalisiert und sich einer Kompartmentspaltung Faszie Musculus pronator teres rechts unterzogen hat. Am 1. März 2014 konnte er das Spital in gutem Allgemeinzustand verlassen (vgl. Suva-Nr. 8). Die anschliessende unfallbedingte Nachbehandlung ist nicht als ungewöhnlich lange zu bezeichnen. Zwar suchte der Beschwerdeführer verschiedene Ärzte auf. Dabei handelte es sich jedoch zu einem grossen Teil um Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen, was hier nicht zu berücksichtigen ist. Die effektive Behandlung konzentrierte sich insbesondere auf den Einsatz von Medikamenten und Physio- sowie Ergotherapie, was nicht als ärztliche Behandlung im vorliegenden Sinn gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.1).

6.3.4 Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen bedingt organische Beschwerden, welche über den gesamten Zeitraum bis zum Fallabschluss andauern (Urteile des Bundesgerichts 8C_620/2021 vom 14. Januar 2022 E. 4.6 mit Hinweisen; 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.8). Beschwerden, die zwar körperlich imponieren, organisch jedoch nicht hinreichend objektiv nachweisbar sind, dürfen nicht berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.2). An organischen Beschwerden in diesem Sinne fehlt es hier aber, da die anhaltenden Schmerzen gemäss kreisärztlicher Beurteilung von med. pract. C.____ spätestens seit 25. Mai 2016 (Untersuchungsdatum) nicht mehr somatisch bedingt sind (E. II. 4.13 hiervor).

6.3.5 In Bezug auf die erlittenen körperlichen Verletzungen ist ausweislich der Akten eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ohne Weiteres zu verneinen. Zudem konnte ein objektiv gutes Behandlungsergebnis erzielt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2020 vom 24. September 2020 E. 5.3).

6.3.6 Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juni 2013 E. 4.2.6 mit Hinweis). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, er habe im Nachgang zum Unfall unter anderem an einem CRPS gelitten, womit organisch bedingte Beschwerden vorlägen (Beschwerde S. 19 f.; A.S. 41 f.), ist dem entgegenzuhalten, dass die Diagnose eines CRPS aufgrund der medizinischen Akten nicht vollends erhärtet ist (vgl. E. II. 5.1.4 hiervor). Die Einnahme vieler Medikamente, die beiden stationären Aufenthalte sowie die Installation einer Plexusblockade (Beschwerde S. 20; A.S. 42) genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums, weshalb das Kriterium zu verneinen ist.

6.3.7 Hinsichtlich des Kriteriums der nach Grad und Dauer erheblichen, physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist darauf hinzuweisen, dass dieses praxisgemäss in der Regel nicht erfüllt ist, wenn die körperlichen Einschränkungen die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Rahmen einer vollen Arbeitsfähigkeit zulassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_657/2012 vom 18. Oktober 2012 E. 4 mit Hinweisen). Demnach ist keine langandauernde, somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, waren dem Beschwerdeführer nach der massgeblichen kreisärztlichen Beurteilung spätestens zweieinhalb Jahre nach dem Unfall sämtliche Tätigkeiten in somatischer Hinsicht wieder voll zumutbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2020 vom 24. September 2020 E. 5.3).

6.4 Nach dem Gesagten ist höchstens eines der relevanten unfallbezogenen Adäquanzkriterien erfüllt und dies nicht in besonders ausgeprägter Weise. Demnach hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen der Schmerzproblematik resp. den psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und dem Unfall vom 20. Februar 2014 zu Recht verneint.

7. Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 8. April 2021 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 4

Subeventualiter sei eine externe Begutachtung in den Disziplinen orthopädische Chirurgie sowie Neurologie zu initiieren.

E. 5

Probleme mit Bezug auf das Berufsleben und den engeren Familienkreis (Z 56 und Z 63)

E. 6

Dyslipidämie AGLA-Score 21. Dezember 2018: 3 % (niedriges Risiko)

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin wertet das Ereignis vom 20. Februar 2014 als mittelschweres Ereignis im engeren Sinn. Nach Auffassung des Beschwerdeführers liegt ein schwerer oder zumindest ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen vor (vgl. Beschwerde S. 16 f.; A.S. 39 f.).

E. 6.2.1

Laut dem Unfallrapport vom 5. Januar 2015 (Suva-Nr. 169) lief der Unfall vom 20. Februar 2014 wie folgt ab: Der Unfall habe sich ca. zehn Minuten vor Arbeitsende ereignet. Der Beschwerdeführer habe die fünfstündige Reinigung abgeschlossen und habe nur noch die

Nadelstellung kontrollieren müssen. Der Beschwerdeführer habe das Papier zwischen den Nadelbalken und die Abstreifplatte eingelegt und sei zum Bedienpanel zurückgegangen. Als er bereits den Befehl zum Schliessen der Maschine gegeben habe, habe er gesehen, dass das eingelegte Papier schräg gewesen sei. Deshalb sei er losgerannt und habe das Papier noch gerade rücken wollen. Er habe die Maschine laufen lassen und sich auch nicht in die Rückhaltevorrichtung gegen Absturz eingehängt. Der Beschwerdeführer habe in die sich schliessende Maschine gegriffen, um das Papier gerade zu rücken. Dabei sei sein Arm zwischen dem Nadelbalken und der Abstreifplatte eingeklemmt worden.

6.2.2 Die Schwere des Unfalls bestimmt sich aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelten Kräften, wobei demgegenüber die Folgen des Ereignisses oder Begleitumstände, die diesem nicht direkt zugeordnet werden können, nicht zu berücksichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_609/2020 vom 18. März 2021 E. 3.4 mit Hinweis). Die (nachfolgend auszugsweise wiedergegebene) Rechtsprechung hatte sich schon verschiedentlich mit der Unfallschwere bei Handverletzungen zu befassen. Als schwerere Fälle im mittleren Bereich hat die Praxis regelmässig Ereignisse eingestuft, welche mit wesentlich höheren Krafterwirkungen verbunden waren. Zu erwähnen sind etwa (vgl. hierzu die Zusammenstellung im Urteil 8C_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1 und 4.1.2 mit Hinweisen): Amputationen an den Fingern III-V durch ein laufendes Fräsblatt und die Totalamputation an den Fingern I-III mit subtotaler Amputation an den Fingern IV und V beim Kehlen. Demgegenüber wurden folgende Handverletzungen als mittelschweres Geschehen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft: Beeinträchtigung der Fingerkuppen und allenfalls des Handgelenks (Carpaltunnelsyndrom) durch rotierendes Messer des Rasenmähers; Abtrennung der Finger II-IV auf der Höhe der Mittelgelenke sowie des Fingers V auf der Höhe der Endphalanx durch Stahlseil beim Holzführen; Durchtrennung der Flexor pollicis longus-Sehne des linken Daumens und des radialen Gefässnervenbündels durch Glasscherben einer Milchflasche; durch Fräsmaschine erlittene Nerven- und Sehnenverletzungen an der linken Hand; Einklemmen der Hand in einer Walze, was zu einem massiven Quetschtrauma mit Defektrupturen der Beugesehnen dreier Finger sowie einer Fraktur des fünften Fingers führte. Als mittelschwer im engeren Sinn wurden Unfälle eingestuft, bei denen der Versicherte beim Reinigen einer Doppelwalze mit der linken Hand in die Walzenräder geriet und dabei ein Degloving des linken Daumens und Quetschwunden im Bereich der Endglieder und -gelenke der Finger II, IV und V sowie eine Zerrung und Distractionsverletzung der gesamten linken oberen Extremität oder beim Holzfräsen folgende Verletzungen erlitt: "Am Daumen subtotale Abtrennung knapp proximal des IP-Gelenks mit intakter 4mm breiter Weichteilbrücke dorsalseits und fraglicher Zirkulation, palmarer Weichteildefekt bis in den Bereich der Fingerkuppen-Mitte, Defektläsion im Bereich des Grundphalanxköpfchens mit Zerstörung des IP-Gelenks; am Zeigefinger 3 cm lange, schrägverlaufende ulnopalmar Rissquetschwunde mit Durchtrennung der Profundus-Beugesehne sowie des ulnaren Superficialis-Beugesehnenzügels in der Zone II, Durchtrennung des ulnopalmaren Gefäss-Nervenbündels bei intakter Zirkulation; am Mittelfinger subtotale Abtrennung Höhe PIP-Gelenk mit intakter 1 cm breiter Weichteilbrücke radiopalmar, Zirkulation intakt, Sensibilitätsstörung ulnarseits bei intakter Sensibilität radiallyseits und Defektläsion im Bereich der Mittelphalanxbasis mit Zerstörung von zirka der Hälfte der PIP-Gelenkfläche".

6.2.3 Der hier zu beurteilende Unfall ist im Lichte der dargelegten Rechtsprechung den mittleren Unfällen und dort nicht dem Grenzbereich zu den schweren Unfällen zuzuordnen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers liegt erst recht kein schwerer Unfall

vor. Es ist nicht ersichtlich, inwieweit die Tatsache, dass die Nadelmaschine mit 55'000 Nadeln ausgestattet ist und mit 600 Hüben pro Minute der Fliess durchstochen und so verdichtet wird, bei der Beurteilung der Unfallschwere massgebend sein sollte, zumal diese technischen Daten keinen direkten Einfluss auf das Unfallereignis hatten, wie dies die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 f.; A.S. 63 f.). Von den massgebenden Zusatzkriterien müssten demnach mindestens drei oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, um den adäquaten Kausalzusammenhang bejahen zu können.

E. 6.3.1

Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_638/2012 vom 30. Oktober 2012 E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen). In Anbetracht dieser Rechtsprechung kann dem Unfall vom 20. Februar 2014 eine gewisse Eindrücklichkeit zwar nicht abgesprochen werden, es liegen jedoch keine Umstände vor, die zur Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit der Begleitumstände führen könnten. Letztlich kann die Frage jedoch offen bleiben, denn selbst wenn man dem geschilderten Vorgang eine besondere Eindrücklichkeit zuschreiben wollte, würde die Adäquanzbeurteilung dadurch nicht verändert.

6.3.2 Es fragt sich weiter, ob das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung und ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, gegeben ist. Den körperlichen Verletzungen, die sich der Beschwerdeführer beim Unfall zugezogen hat, ist eine gewisse Schwere nicht abzuspochen. Jedoch ist hierbei auch zu berücksichtigen, dass ein objektiv gutes Behandlungsergebnis erzielt werden konnte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_39/2021 vom 6. Juli 2021 E. 6.2.3, 8C_424/2020 vom 24. September 2020 E. 5.3), so dass das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung nicht erfüllt ist.

6.3.3 Bei der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall mit der Ambulanz hospitalisiert und sich einer Kompartmentspaltung Faszie Musculus pronator teres rechts unterzogen hat. Am 1. März 2014 konnte er das Spital in gutem Allgemeinzustand verlassen (vgl. Suva-Nr. 8). Die anschliessende unfallbedingte Nachbehandlung ist nicht als ungewöhnlich lange zu bezeichnen. Zwar suchte der Beschwerdeführer verschiedene Ärzte auf. Dabei handelte es sich jedoch zu einem grossen Teil um Abklärungsmassnahmen und ärztliche Kontrollen, was hier nicht zu berücksichtigen ist. Die effektive Behandlung konzentrierte sich insbesondere auf den Einsatz von Medikamenten und Physio- sowie Ergotherapie, was nicht als ärztliche Behandlung im vorliegenden Sinn gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.1).

6.3.4 Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen bedingt organische Beschwerden, welche über den gesamten Zeitraum bis zum Fallabschluss andauern (Urteile des Bundesgerichts 8C_620/2021 vom 14. Januar 2022 E. 4.6 mit Hinweisen; 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.8). Beschwerden, die zwar körperlich imponieren, organisches jedoch nicht hinreichend objektiv

nachweisbar sind, dürfen nicht berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.2). An organischen Beschwerden in diesem Sinne fehlt es hier aber, da die anhaltenden Schmerzen gemäss kreisärztlicher Beurteilung von med. pract. C. ___ spätestens seit 25. Mai 2016 (Untersuchungsdatum) nicht mehr somatisch bedingt sind (E. II. 4.13 hiavor). 6.3.5 In Bezug auf die erlittenen körperlichen Verletzungen ist ausweislich der Akten eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ohne Weiteres zu verneinen. Zudem konnte ein objektiv gutes Behandlungsergebnis erzielt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2020 vom 24. September 2020 E. 5.3). 6.3.6 Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juni 2013 E. 4.2.6 mit Hinweis). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, er habe im Nachgang zum Unfall unter anderem an einem CRPS gelitten, womit organisch bedingte Beschwerden vorlägen (Beschwerde S. 19 f.; A.S. 41 f.), ist dem entgegenzuhalten, dass die Diagnose eines CRPS aufgrund der medizinischen Akten nicht vollends erhärtet ist (vgl. E. II. 5.1.4 hiavor). Die Einnahme vieler Medikamente, die beiden stationären Aufenthalte sowie die Installation einer Plexusblockade (Beschwerde S. 20; A.S. 42) genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums, weshalb das Kriterium zu verneinen ist.

E. 6.3.7

Hinsichtlich des Kriteriums der nach Grad und Dauer erheblichen, physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist darauf hinzuweisen, dass dieses praxisgemäss in der Regel nicht erfüllt ist, wenn die körperlichen Einschränkungen die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Rahmen einer vollen Arbeitsfähigkeit zulassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_657/2012 vom 18. Oktober 2012 E. 4 mit Hinweisen). Demnach ist keine langandauernde, somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, waren dem Beschwerdeführer nach der massgeblichen kreisärztlichen Beurteilung spätestens zweieinhalb Jahre nach dem Unfall sämtliche Tätigkeiten in somatischer Hinsicht wieder voll zumutbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2020 vom 24. September 2020 E. 5.3). 6.4 Nach dem Gesagten ist höchstens eines der relevanten unfallbezogenen Adäquanzkriterien erfüllt und dies nicht in besonders ausgeprägter Weise. Demnach hat die Beschwerdegegnerin den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen der Schmerzproblematik resp. den psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und dem Unfall vom 20. Februar 2014 zu Recht verneint. 7. Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 8. April 2021 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 7

Weitere Diagnosen: - Chronische Insomnie: organischer und psychosozialer Genese - Erektile Dysfunktion, DD: pharmakogen unter Pregabalin Weiter wurde dargelegt, bei der Erarbeitung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses habe der Beschwerdeführer sich reflektiert gezeigt und es sei ihm gelungen, auch psychologische Einflussfaktoren wie Angst und Wut auf sein Schmerzerleben anzuerkennen. Bei der Klärung der zugrundeliegenden Dynamik habe sich zudem herausgestellt, dass der Beschwerdeführer seit seinem Arbeitsunfall unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leide, was sowohl bei der testdiagnostischen Abklärung (SKID-I) als auch im klinischen Eindruck deutlich geworden sei. Der Beschwerdeführer sei durch häufige Intrusionen und nächtliche Albträume belastet, welche wiederum mit einem erhöhten Schmerzerleben einhergingen.

Die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sei aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer und der Schwerpunktsetzung auf andere Ziele nicht realistisch gewesen und habe sich auf das Vermitteln von Störungswissen beschränkt. Bei der Behandlung der Schlafstörung habe sich gezeigt, dass der Einsatz von Entspannungstechniken keine merkliche Verbesserung bewirken können. Die darauffolgende medikamentöse Behandlung mit Remeron habe die Schlafqualität ein wenig verbessert und für den Beschwerdeführer eine gewisse Entlastung dargestellt, die Schlafqualität sei jedoch weiterhin nicht zufriedenstellend. Der Beschwerdeführer habe sich dazu entschieden, nach 31 Spitaltagen auszutreten, da er bei einem länger dauernden Aufenthalt keine Beiträge von der Arbeitslosenversicherung mehr erhalten hätte. Er sei in psychisch etwas stabilisiertem und physisch unverändertem Zustand nach Hause entlassen worden. Während des gesamten Aufenthalts habe beim Beschwerdeführer kein Anhalt für akute Suizidalität bestanden, er habe sich auf Nachfrage stets glaubhaft von suizidalen Gedanken und Handlungsimpulsen distanzieren können. Zur weiteren psychischen Stabilisierung werde der Beschwerdeführer die ambulante Psychotherapie fortführen. Zudem habe er sich motiviert gezeigt, die Physiotherapie / MTT weiterzuführen.

4.18 Vor dem Versicherungsgericht liess der Beschwerdeführer das von der IV-Stelle des Kantons Solothurn in Auftrag gegebene psychiatrische Fachgutachten der Gutachterstelle V.____, vom 30. September 2020 (Urkunde-Nr. 3), einreichen. Folgende Diagnosen lassen sich diesem Fachgutachten entnehmen (Gutachten S. 16): 1. Depressive Episode, mittelgradig, im Verlauf schwankend, zumeist jedoch entsprechend Aktenlage mittelgradig ausgeprägt, F33 nach ICD-10, sowie 2. Posttraumatische Belastungsstörung, F43.1 nach ICD-10 Weiter führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. von W.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, eine geldwerte Arbeitsleistung in vormaliger Tätigkeit sei weder zumutbar noch zu erwarten. Diese Beurteilung gelte seit Antragsstellung bzw. seit dem Unfall. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsse folgende Merkmale aufweisen: Keine gefährlichen Maschinen bedienen, keine Arbeiten mit besonderer Konzentrationsanforderung, Toleranz von Einschränkungen in der Teamfähigkeit, keine Erfordernis besonderer Stresstoleranz, keine Anforderung an die Reaktionsfähigkeit, Arbeiten ohne besondere Lärmbelastung, ohne störende Lichtverhältnisse, Möglichkeit der vermehrten Pauseninanspruchnahme, kein ständig wechselnder Kontakt mit anderen Menschen, kein Publikumsverkehr, gut strukturierte Tätigkeit, begrenzte Verantwortung, keine Führungsaufgaben, keine Schichtarbeit. Ausgehend von einer 42-Stunden-Woche bzw. einem 8.4 Stunden / Tag bzw. einem 100%-Pensum liessen sich auf psychiatrischem Fachgebiet keine weitergehenden Einschränkungen plausibilisieren, warum der Beschwerdeführer nicht zumindest vormittags etwa eineinhalb Stunden und nachmittags etwa zwei Stunden Präsenz in einer leidensangepassten Tätigkeit und entsprechende Leistung zeigen könnte. Dies entspreche gesamthaft einer Arbeitsfähigkeit von 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Auch diese Beurteilung gelte seit Antragsstellung (Gutachten S. 24 ff.).

5. Zu beurteilen ist vorliegend zunächst die Frage, für welche Gesundheitsschäden die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig ist. Umstritten sind insbesondere die Unfallkausalität in Bezug auf die Armbeschwerden rechts und das psychische Leiden.

5.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Armbeschwerden rechts in einem Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Februar 2014 stehen. Die Beschwerdegegnerin verneint im angefochtenen Einspracheentscheid die Unfallkausalität hinsichtlich der Armbeschwerden rechts. Dabei stützt sie sich auf die Beurteilung des Kreisarztes med. pract. C.____ vom 25. Mai 2016 (vgl. E. II. 4.13 hiervor), weshalb

nachfolgend deren Beweiswert bezüglich der Unfallkausalität zu prüfen ist. 5.1.1 Der Umstand, dass med. pract. C.____ nicht über einen neurologischen Facharztstitel verfügt, vermag für sich alleine noch nicht dazu führen, dass seinen Beurteilungen zum vornherein der Beweiswert abzuerkennen wäre, auch wenn der vorliegende Sachverhalt im neurologischen Fachgebiet anzusiedeln ist. Die Ärzte der Beschwerdegegnerin sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie – unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel – über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.2 mit Hinweisen).

5.1.2 Der Kreisarzt med. pract. C.____ hat in seinem Bericht zur Abschlussuntersuchung vom 25. Mai 2016 zwar kurz, jedoch klar und ausreichend zum medizinischen Sachverhalt Stellung bezogen. Die Beurteilung von med. pract. C.____ beruhte auf einer gründlichen Abklärung des Sachverhalts, indem er die Vorakten zur Kenntnis nahm (s. Suva-Nr. 296 S. 1 ff.), dem Beschwerdeführer Gelegenheit gab, seine subjektiven Beschwerden zu schildern (Suva-Nr. 296 S. 7) und eine eigene klinische Untersuchung durchführte (Suva-Nr. 296 S. 7 f.). Auf dieser Basis begründete med. pract. C.____ seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar (Suva-Nr. 296 S. 8 f.). Der Kreisarzt med. pract. C.____ setzt sich in seiner Beurteilung mit den Vorakten sowie den (bildgebenden) Befunden auseinander. Er gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, die er in nachvollziehbarer Weise herleitet. Sein Bericht ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Er setzt sich mit der Frage einer allfälligen Unfallkausalität auseinander und verneint diese. Mit überzeugender Begründung gelangte er zum Schluss, dass die geklagten Armbeschwerden nicht (mehr) auf das Ereignis vom 20. Februar 2014 zurückzuführen sind. Seine Einschätzung ist daher grundsätzlich geeignet, eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung zu bilden.

5.1.3 Es liegen keine Arztberichte vor, welche geeignet wären, Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu erwecken (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Unfallkausalität 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). Bezüglich der Abklärungsmethoden wird überdies vorausgesetzt, dass diese strukturelle – und nicht bloss funktionelle – Beeinträchtigungen nachzuweisen vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.5.2). Eine dementsprechend organisch objektiv ausgewiesene Unfallrestfolge liegt nicht vor. Die wiederholt postulierte Diagnose eines neuropathischen Syndroms wurde vorliegend aufgrund von klinischen und elektrophysiologischen Befunden gestellt (vgl. E. II. 4.15, 4.17.5, 4.17.7; Suva-Nrn. 365, 402, 424). Die Abklärungsmethode mittels Elektroneurographie dient der Beurteilung der Funktionsfähigkeit der peripheren Nerven, weshalb sie sich per se nicht für den Nachweis von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen im Sinne der Rechtsprechung eignet (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.5.2). Der mit Elektroneurographie erhobene Befund kann daher nicht als organisch nachgewiesen gelten. Ein Indiz gegen das Vorliegen einer Nervenschädigung kann auch in den Ausführungen des K.____ gesehen werden, wonach der brennende Schmerz aus neurologischer Sicht nicht zuzuordnen sei. Anhand des klinisch-neurologischen Befundes und der Ergebnisse der Zusatzdiagnostik könne ein neuropathischer Schmerz am rechten

Arm nicht diagnostiziert werden (vgl. E. II. 4.11 hiervor; Suva-Nr. 272). Sodann wurde im Bericht des K. ___ vom 28. Juni 2016 festgehalten, es werde eine strukturelle Verletzung ausgeschlossen, es handle sich um ein rein funktionelles Problem (vgl. E. II. 4.14 hiervor; Suva-Nr. 327). Entgegen dem Beschwerdeführer (Beschwerde S. 7; A.S. 29) verneinte auch die Neurologin Dr. med. F. ___ in ihrem Bericht vom 30. Juni 2014 das Vorliegen einer objektivierbaren axonalen Schädigung (vgl. E. II. 4.6 hiervor; Suva-Nr. 63), nachdem sie zunächst von einer solchen ausgegangen war (vgl. Suva-Nr. 15). Im Weiteren führte sie im Bericht vom 16. Januar 2015 aus, diagnostisch könne zum Ausschluss einer zusätzlichen lokalen Kompression, welche jedoch aufgrund der normalen elektrophysiologischen Untersuchung nicht primär zu vermuten sei, eine strukturelle Pathologie des Vorderarmes beispielsweise MR tomographisch gesucht und ausgeschlossen werden (Suva-Nr. 171 S. 3). Ferner lässt sich auch den weiteren, nach kreisärztlicher Beurteilung ergangenen Berichten der behandelnden Ärzte nicht entnehmen, dass die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers auf ein unfallbedingtes organisches Korrelat zurückzuführen wären. So führte auch die behandelnde Neurologin Dr. med. O. ___ in ihrem Bericht vom 28. September – 22. Dezember 2016 (Suva-Nr. 365 S. 3). aus, unter Zusammenschau der auswärtigen klinischen und elektrophysiologischen Befunde sei es im Verlauf der letzten zwei Jahre zu einer gegenüber dem ausgeprägten Initialbefund erfreulichen Erholung der motorischen proximalen Medianus-Läsion mit Beteiligung des N. interosseus anterior als Folge des Kompartment-Syndroms gekommen. Die Ätiologie der Hypästhesie am rechten Unterarm (aktuell N. cutaneus antebrachii lateralis, anlässlich der klinischen neurologischen Untersuchung im Spital E. ___ im Versorgungsgebiet des N. cutaneus antebrachii medialis und posterior) könne verschiedene Ursachen haben. Die Lokalisation der Hypästhesie und die Auffälligkeiten im elektrophysiologischen Untersuchungsbefund liessen eine ursprüngliche Läsion im Bereich des Armplexus vermuten. Daraus kann der Beschwerdeführer jedoch nichts zu seinen Gunsten ableiten, denn blosse Verdachtsdiagnosen oder Vermutungen reichen im Sozialversicherungsrecht nicht aus, um das Vorliegen eines unfallbedingten organischen Befundes zu begründen. Auch den Berichten von med. pract. R. ___ ist nicht mit genügender Klarheit zu entnehmen, dass die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers auf ein unfallbedingtes organisches Korrelat zurückzuführen wären. Er beschränkt sich im Wesentlichen auf die pauschale (mehrfach wiederholte) Aussage, der Gesundheitszustand sei unfallbedingt, ohne dafür aber eine eingehende, differenzierte und nachvollziehbare Begründung zu liefern. Falls er eine Kausalität daraus abgeleitet hat, dass die fraglichen Beschwerden erstmals nach dem 20. Februar 2014 auftraten, so wäre zu entgegnen, dass dies keine Verbindung zum Unfall beweist, vielmehr würde es sich dabei um eine unzulässige Argumentation «post hoc, ergo propter hoc» handeln (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von med. pract. R. ___ in diesem Punkt auch deswegen nur geringer Beweiswert zuzumessen ist. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte ergeben sich somit keine schlüssigen und beweiskräftigen Aussagen, welche geeignet wären, die Beurteilung des Kausalzusammenhangs durch den Kreisarzt in Zweifel zu ziehen. Ferner ergab auch die MR-Untersuchung des Ellbogens rechts vom 21. April 2017 (vgl. E. II. 4.17.2 hiervor; Suva-Nr. 412) keine strukturellen Beeinträchtigungen (s. folgende Beurteilung: Keine Tendinopathien, keine Neuritis des Nervus ulnaris oder medianus), nachdem eine

MRT-Untersuchung des Ellbogens rechts vom 14. April 2014 unter anderem eine Signalveränderung vereinbar mit einer Verletzung/Narbe des N. medianus ergeben hatte (vgl. Suva-Nr. 21).

5.1.4 Der Beschwerdeführer bringt sodann vor, dass bereits im Bericht des Spitals E.____ vom 5. Juni 2014 ein CRPS diagnostiziert und von med. pract. R.____ in seinen Berichten vom 14. Februar und 1. M.z 2018 bestätigt worden sei. Es habe somit ohne Zweifel initial ein ausschliesslich somatischer Kern der Beschwerden vorgelegen (Beschwerde S. 13; A.S. 35). Wie es sich mit der Diagnose eines CRPS verhält, muss vorliegend indes nicht näher geprüft werden, weil ein solches nicht als unfallkausal gelten könnte. Nach der Bundesgerichtspraxis ist ein unfallbedingtes CRPS nur dann anzunehmen, wenn anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb einer Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall (oder einer späteren, wegen des Unfalls durchgeführten Operation) zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2020 vom 2. September 2020 E. 3.2). Zu den klinischen Zeichen eines CRPS gehören schwer lokalisierbare brennende Schmerzen kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen, u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen oder lokal vermehrtes Haarwachstum (Urteil des Bundesgerichts 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2). Im vorliegenden Fall müssten solche Symptome nach dem Eingriff vom 21. Februar 2014 bis spätestens Mitte April 2014 aufgetreten sein, was nach Aktenlage nicht der Fall ist. Ein CRPS kam erstmals im Bericht des Spitals E.____ vom 5. Juni 2014 (Suva-Nr. 27) zur Sprache, also deutlich nach Ablauf der genannten Latenzzeit. Dort stellte man fest, dass klinisch eine Schwellung der rechten Hand und eine leichte Hyperhidrose der Hand rechts auffalle, sodass der Verdacht auf ein beginnendes, chronisches Schmerzsyndrom (CRPS) bestehe. Im folgenden Bericht vom 2. Juli 2014 wurde jedoch festgehalten, dass klinisch kein Anhalt für ein CRPS bestehe (Suva-Nr. 53). Die zeitlich später bzw. deutlich nach Ablauf der maximalen Latenzzeit ergangenen Berichte, insbesondere die Berichte von med. pract. R.____ vom 14. Februar 2018 und 1. März 2018 (vgl. Beschwerde S. 13; A.S. 35) können das Vorliegen eines unfallbedingten CRPS erst recht nicht begründen. Ein allfälliges CRPS lässt sich mit dem Grundfall vom 20. Februar 2014 bzw. mit der Operation vom 21. Februar 2014 nicht in Verbindung bringen und darf daher bei der Beurteilung nicht berücksichtigt werden. Soweit abweichende Aussagen der behandelnden Ärzte in der CRPS-Diagnose gründen, geben sie folglich keinen Anlass für Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung.

5.2 Insgesamt kann festgestellt werden, dass die kreisärztliche Kausalitätsbeurteilung in Bezug auf den rechten Arm auf einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Das Gericht kommt daher zum Schluss, dass die Kausalitätsbeurteilung von med. pract. C.____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend ist. Zusammenfassend fehlt es an nachweisbaren strukturellen Befunden, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass im Zeitpunkt des Fallabschlusses keine unfallkausalen somatischen Beschwerden mehr vorlagen. Nach dem Gesagten würde eine weitere Behandlung nur noch nicht somatisch bedingte Beschwerden therapieren. Der Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistung und der Heilbehandlung ist damit zu Recht erfolgt. Weitere medizinische Abklärungen wie das beantragte Gerichtsgutachten erübrigen sich, da davon angesichts der Befundlage keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind.

6. Wie soeben dargelegt, liegt für die weiterhin persistierende Schmerzsymptomatik kein unfallbedingtes, organisch objektiv

ausgewiesenes Korrelat vor. Andererseits ergibt sich aus den Akten eine psychiatrische Problematik des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 4.10, 4.17.10 und 4.18 hiervor). Fraglich ist im Folgenden, ob die fortbestehenden Beschwerden, welche somatisch nicht begründbar resp. psychischer Natur sind, in einem adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen. Zu prüfen sind demnach die besonderen Adäquanzkriterien anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen (vgl. E. II. 2.4 hiervor). 6.1 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). 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 Unfall einstufen 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.).

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_473/2022 vom 20. Januar 2023 bestätigt.

E. 8.2

Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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