

SO_GERICHTE VSBES.2024.116 vom 12. April 2024

SO Obergericht, 2024-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.116

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.116 du 12 avril 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.116 del 12 aprile 2024

Erwägungen

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nicht-berufsunfällen 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).

2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_729/2012 vom 4. April 2013 E. 5.2 mit Hinweisen). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3).

2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151 f., 134 V 109 E. 4.1 S. 114).

2.4 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.

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55).

3.2 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 143 II 661 E. 5.1.2 S. 668, 139 V 176 E. 8.4.2 S. 190, 129 V 177 E. 3.21 S. 181).

Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Zu ergänzen ist, dass von solchen Unfallfolgen erst gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen / bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_41/2024 vom 5. August 2025 E. 2.3 mit Hinweisen). Anders

verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanztprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 115 V 133, 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f.).

E. 4

4.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65 mit Hinweisen, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.).

5. In Bezug auf das hier im Mittelpunkt stehende Ereignis vom 23. August 2019 ergibt sich aus den vorliegenden Akten Folgendes: Der Beschwerdeführer wollte am 23. August 2019 im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit als Chauffeur einen 200 kg schweren Kühlschrank in seinen Lieferwagen laden. Dazu schob er den Kühlschrank zunächst vom Transportrolli auf die Hebebühne des Lieferwagens. Als der Kühlschrank dort plötzlich umzukippen und auf den Beschwerdeführer zu fallen drohte, griff der Beschwerdeführer reflexartig nach oben. Dadurch konnte er den Kühlschrank in einer extremen Schräglage festhalten. Dabei wurde sein rechter Arm nach hinten / unten gerissen, wobei er sofort einen einschliessenden Schmerz im Bereich des Oberarms / Ellbogens verspürte (Suva-Nrn. 1, 14, 34 S. 1, 59).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 12. April 2024 (A.S. 1 ff.) den Fallabschluss zu Recht per 31. Januar 2023 vorgenommen und die Ansprüche auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung zu Recht abgewiesen hat. Diesbezüglich sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1 Im Sprechstundenbericht des Spitals C.____, Departement Orthopädie, vom 16. September 2019 (Suva-Nr. 14) wurde eine «Ruptur distaler Bizeps rechts, traumatisch, Unfall vom 23. August 2019» diagnostiziert. Diese wurde sodann am 19. September 2019 operativ versorgt (Mobilisation distaler Biceps und transossäre Refixation in 2-Inzisions-Technik rechts, Suva-Nr. 22 S. 2 f.). Der peri- und postoperative Verlauf hätten sich komplikationslos gestaltet. Die Erstmobilisation des Ellbogens sei problemlos gelungen. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen sowie intakter peripherer Sensomotorik nach Hause entlassen werden können. Es bestehe vom 19. September 2019 bis 31. Oktober 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.1.1 Im Sprechstundenbericht vom 15. Oktober 2019 (Suva-Nr. 20) hielt Dr. med. E.____, Leitender Arzt, Spital C.____, Departement Orthopädie, betreffend die Verlaufskontrolle etwa drei Wochen postoperativ Folgendes fest: Es bestehe eine adäquate Situation, eine gute Funktion und Schmerzsituation. Es seien ein reizloser Ellenbogen, eine intakte periphere Sensomotorik, sowie eine aktive Beweglichkeit gegeben. Die Fäden seien entfernt worden. Es sei ein zeitgerechter Verlauf gegeben. Der Beschwerdeführer sei noch zu 100 % arbeitsunfähig.

6.1.2 Anlässlich der Verlaufskontrolle, ca. sechs Wochen postoperativ, hielt Dr. med. E.____ im Sprechstundenbericht vom 4. November 2019 (Suva-Nr. 24) fest, es bestehe eine adäquate Situation, eine gute Schmerzsituation, eine gute Funktion und noch eine leichte Reststeifigkeit. Es sei ein reizloser Ellenbogen gegeben und es bestehe eine Instruktion zur Selbstmobilisation. Eine Physiotherapie sei nicht erforderlich. Es sei ein freier Gebrauch des Armes nach Beschwerden ohne Belastung gegeben. Der Beschwerdeführer sei 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne noch nicht gesteigert werden. Der Beschwerdeführer arbeite körperlich schwer in einem Transportunternehmen und müsse Gewichte von bis zu 50 kg tragen.

6.1.3 Im Bericht vom 24. Dezember 2019 betreffend die Sprechstunde vom 18. Dezember 2019 (IV-Nr. 29) hielt Dr. med. E.____ fest, der Beschwerdeführer verspüre jetzt drei Monate postoperativ noch Probleme, aber hauptsächlich im Schulter-Nacken-Bereich rechtsseitig. Es bestehe ein Ellbogen mit reizlosen Narben und eine intakte periphere Sensomotorik. Es sei eine freie Pro- und Supination gegeben. Beim Anspannen der Bicepsmuskulatur gebe es Schmerzen und auch parascapuläre Verspannungen. Für die parascapulären Verspannungen werde Physiotherapie durchgeführt. Vom 18. Dezember 2019 bis 19. Januar 2020 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.1.4 Anlässlich der am 20. Januar 2020 durchgeführten Sprechstunde hielt Dr. med. E.____ im Bericht vom 7. Februar 2020 (Suva-Nr. 47) folgende Befunde fest: Reizloser Ellbogen. Intakt inserierte Bicepsmuskulatur und Sehne. Der Beschwerdeführer habe immer noch Restbeschwerden und könne seinen schweren Job im Transportunternehmen noch nicht aufnehmen. Es werde für analgetische Massnahmen eine Physiotherapie mitgegeben [wohl «ein Rezept zur Physiotherapie» gemeint]. Vom 20. Januar bis 23. Februar 2020 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

6.1.5 Im Sprechstundenbericht vom 26. Februar 2020 hielt Dr. med. E.____ fest (Suva-Nr. 52), der Beschwerdeführer komme zur Verlaufskontrolle und MRI-Besprechung mit immer noch deutlichen Restbeschwerden. Es bestehe eine sehr schwierige Situation. Der junge, körperlich aktive Beschwerdeführer habe einen manuell sehr anspruchsvollen

Beruf. Eigentlich sollte drei Monate postoperativ eine signifikante Besserung erreicht sein. In der Regel gingen Patienten nach einem solchen Eingriff wieder sehr schnell ihrer Arbeit nach. Beim Beschwerdeführer bestehe ein kontinuierliches Schmerzproblem, welches sich mit den konservativen Massnahmen und der operativen Versorgung nicht gebessert habe. Die Bildgebung zeige die üblichen Veränderungen mit einer reinserierten Sehne und tendinopathischen Veränderungen im Sehnenbereich. Es bestehe keine klare Indikation für einen Revisions-Eingriff, wobei auch gesagt werden müsse, dass ein Revisionseingriff hier entsprechend aufwendig und nicht ganz unproblematisch sei. Bei fehlender Besserung müssten in drei Monaten die Möglichkeiten nochmals angesehen werden. Die Untersuchung der Neurologen sei noch ausstehend.

6.2 Im «neurologischen Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht» vom 9. Juni 2020 des Spitals C.____, Departement Innere Medizin, Klinik für Neurologie (Suva-Nr. 116), wurden folgende Hauptdiagnosen aufgeführt:

Der Beschwerdeführer, welcher unter anhaltenden Schmerzen nach einer traumatischen Bicepssehnenruptur leide, sei zur Beurteilung von Sensibilitätsstörungen der rechten ulnaren Handkante zugewiesen worden, welche im Rahmen der orthopädischen Nachkontrollen berichtet worden seien. Klinisch und elektrophysiologisch ergäben sich Hinweise auf eine Schädigung des rechten Nervus ulnaris am Ellbogen, womit bei passenden Symptomen die Diagnose eines Sulcus ulnaris-Syndroms rechts gestellt werden könne. Dieses dürfte die Sensibilitätsstörungen erklären, nicht jedoch die weiter radial im Bereich der Bizepssehne lokalisierten Schmerzen, welche der Beschwerdeführer als sein Hauptproblem schildere. Es sei dem Beschwerdeführer als erste Massnahme zu einer Druckentlastung des Nerven tagsüber sowie zur Vermeidung von länger dauernden starken Flexionsstellungen im Ellbogen (z.B. Schlaf mit um den Ellbogen gewickeltem Handtuch) geraten worden. Weitere Konsultationen seien vorerst nicht vorgesehen.

6.3 Im Bericht betreffend die «Erstkonsultation Poliklinik Handchirurgie» des Spitals D.____, vom 5. Februar 2021 (Suva-Nr. 111 S. 2 ff.) wurde festgehalten, die Beschwerden des Beschwerdeführers würden in erster Linie auf ein sensomotorisches Sulcus Ulnaris Syndrom rechts zurückgeführt, welches sich postoperativ nach der Bizepssehnen Refixation September 2019, potenziell aufgrund der Ruhigstellung in Ellbogenflexion, entwickelt habe. Bei teilweise aufgehobener Zweipunktgediskrimination über dem Ulnarisgebiet werde dem Beschwerdeführer ein aktives Vorgehen mit frühzeitiger endoskopisch assistierter Dekompression des N. ulnaris über dem Ellbogen empfohlen. Der Eingriff werde in einem ambulanten Setting für den 2. März 2021 geplant. Es bestehe bis zu diesem Datum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.4 Im Bericht vom 1. März 2021 betreffend die Sprechstunde vom 24. Februar 2021 hielt Dr. med. F.____, Teamleiter Schulter, Ellbogen Sport, Spital D.____, folgende Diagnosen fest:

Es bestehe eine sehr schwierige multifaktorielle Problematik. Einerseits bestehe ein Verdacht auf eine Pathologie der HWS, DD Thoracic outlet Syndrom. Auf der anderen Seite klage der Beschwerdeführer über ein Sulcus ulnaris Syndrom, das in naher Zukunft durch Handchirurgen operativ versorgt werde. Zudem bestünden Restbeschwerden nach Fixation der distalen Bizepssehne. Hier habe ein Low-grade Infekt mittels Biopsie ausgeschlossen werden können. Es werde die Durchführung einer HWS- und Plexus-MR-Untersuchung empfohlen. Bis zur Evaluation der MRI resp. bis zur Revision

des N. ulnaris werde mit weiteren therapeutischen Massnahmen wie operative Eingriffe zugewartet. Nach durchgeführter HWS- und Plexus-MR-Untersuchung solle der Beschwerdeführer erneut Physiotherapie zur Behandlung des TOS und zum Auftrainieren der Scapularetraktoren durchführen, bei massivster Protraktionshaltung in der Schulter.

6.5 Der Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 11. März 2021 (Suva-Nr. 119 S. 2 f.) u.a. fest, gemäss den vorliegenden Berichten sei erstmals im Juni 2020 über ein vor zwei bis drei Monaten auftretendes Taubheitsgefühl im Dig. V und der lateralen Handkante berichtet worden (s. Bericht Neurologie vom 9. Juni 2020). Allein schon aufgrund der Latenz zwischen dem Unfall resp. der Operation und dem Auftreten von ersten Symptomen sei ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Sulcus ulnaris-Syndrom und dem Ereignis vom 23. August 2019 nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Rekonvaleszenz bei Operation nach Sulcus ulnaris-Syndrom betrage bei problemlosem Verlauf maximal etwa drei bis vier Wochen.

6.6 Der Kreisarzt Dr. med. G.____ nahm in seiner «ärztlichen Beurteilung» vom 15. April 2021 (Suva-Nr. 135 S. 2) zu den Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung. So hielt er fest, dass sowohl der Operationsbericht vom 16. April 2021 [recte: 13. April 2021] als auch der Brief des Beschwerdeführers vom 13. April 2021 keine neuen medizinischen Tatsachen vorbrächten, welche eine Änderung der Beurteilung vom 11. März 2021 verlangten. So habe intraoperativ das Osborn Ligament als Ursache für die Einengung des N. ulnaris identifiziert werden können. Hinweise auf eine unfallbedingte Veränderung hätten sich nicht gefunden. In den primären postoperativen Kontrollen sei wiederholt eine unauffällige periphere Sensibilität dokumentiert worden. Die deutliche Latenz bis zum Auftreten der Symptomatik spreche gegen eine Kausalität zum Ereignis resp. der durchgeführten Operation. Das Sulcus ulnaris Syndrom sei neben dem Karpaltunnelsyndrom das zweithäufigste Kompressionssyndrom eines peripheren Nervens. Es trete doppelt so häufig bei Männern wie bei Frauen auf. Das Sulcus ulnaris-Syndrom und dessen Therapie seien daher nicht überwiegend wahrscheinlich kausal zum Ereignis vom 23. August 2019. Es könne an der Beurteilung vom 11. März 2021 festgehalten werden.

6.7 Im Bericht «Verlauf Poliklinik Handchirurgie» des Spitals D.____ vom 28. Mai 2021 (Suva-Nr. 171 S. 2 f.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Sensomotorisches Sulcus ulnaris Syndrom rechts (dominant) mit/ bei:

Verdacht auf Neurokompression HWS bei ausstrahlenden Schmerzen in den Vorderarm und die Schulter rechts

Weitere Diagnosen:

Der Beschwerdeführer leide weiterhin unter Schmerzen im gesamten rechten Arm sowie an einer Hyposensibilität im Gebiet des Nervus medianus und Nervus ulnaris. Durch die endoskopisch assistierte Dekompression / Neurolyse des Nervus ulnaris rechts Anfang April habe subjektiv keine Veränderung der Symptomatik erreicht werden können.

Allerdings bestehe ebenso eine Problematik der HWS, welche die Beschwerden des Beschwerdeführers formal erkläre. Somit werde die geplante Infiltration am 28. Juni 2021 abgewartet und der Beschwerdeführer im Anschluss klinisch nachkontrolliert. Die Physiotherapie für die obere rechte Extremität solle fortgesetzt werden, mit neu auch Übungen zur Besserung der Nervenleitung. Bei Bedarf könne die Analgesie (1. Dafalgan und 2. NSAR mit PPI bei Bedarf) fortgesetzt werden. Während der Konsultation erscheine

der Beschwerdeführer angespannt, mit starkem Schwitzen an der Stirn. Er gebe an, dies komme gelegentlich vor. Die exakte Dosis des Trittico sei nicht bekannt. Es werde gebeten, die Symptomatik zu beobachten und Trittico allenfalls probatorisch zu reduzieren. Während der Untersuchung falle im Vorhalteversuch ein leichter Tremor der Arme auf.

6.8 Der Kreisarzt Dr. med. G.____ nahm am 16. Juni 2021 zu den Fragen der Beschwerdegegnerin Stellung (Suva-Nr. 165 S. 2 f.). Dabei führte er aus, dass die geplante Wurzelinfiltration C7 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal sei. Die Infiltration erfolge aufgrund einer möglichen Kompression der Wurzel C7 rechts bei Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit rechtsseitiger Foramina stenose C6/7. Die Beschwerden im Bereich des Ansatzes der distalen Bicepssehne im Sinne von Restbeschwerden nach traumatischer distaler Bicepssehnenruptur rechts am 23. August 2019 sowie Refixation in 2-Inzisions-Technik am 19. September 2019 seien aktuell noch überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Aus unfallbedingten Gründen bestehe ein stabiler Zustand, der eine Zumutbarkeitsbeurteilung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zulasse. Inzwischen sei es seit dem Unfall bald zwei Jahre her und es sei, was die Unfallfolgen betreffe, von einem stabilen Zustand auszugehen. Zumutbar seien unfallbedingt mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig. Ungünstig seien ruckartige Belastungen des Biceps. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Unfallbedingt bestehe keine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Unfallbedingt sei der Endzustand erreicht. Allein aufgrund der objektivierbaren unfallbedingten Einschränkungen erreiche der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Die distale Bicepssehne sei in Kontinuität, die Beweglichkeit im Ellbogen frei und es finde sich eine gute Kraft für Flexion und Supination (s. Bericht der Konsultation bei Dr. med. E.____ vom 27. Mai 2020, Suva-Nr. 70).

6.9 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 1. Dezember 2021 (Suva-Nr. 224) hielt Dr. med. G.____ fest, seit der letzten Beurteilung vom 16. Juni 2021 seien weitere orthopädische Abklärungen erfolgt. Es sei insbesondere ein Low grade Infekt vermutet worden. Die Punktion des umliegenden Gewebes habe einen Low grade Infekt aber nicht nachweisen können. Bei einer zusätzlichen neurologischen Untersuchung hätten bei weiterhin beklagten Beschwerden keine sicheren pathologischen Veränderungen an den peripheren Nerven im Zusammenhang mit dem Unfall und der erfolgten Operation festgestellt werden können. Wegen der weiterhin unklaren Ursache der Beschwerden werde nun bei subjektiv hohem Leidensdruck des Beschwerdeführers vom behandelnden Orthopäden am Spital D.____ eine operative Exploration mit Débridement und Neurolyse der «benachbarten» Nerven (N. medianus, N. cutaneus antebrachii lateralis sowie N. radialis) und Biopsieentnahme zum Ausschluss eines low grade Infekts empfohlen (vgl. Suva-Nr. 214 S. 2 ff.). Zudem solle die Bicepssehne debridiert und bei Bedarf rekonstruiert werden. Es sei eine Erfahrungstatsache, dass explorative Operationen im Bereich des Bewegungsapparates, welche bei Beschwerden unklarer Ätiologie, d.h. ohne sichere präoperative Diagnose erfolgten, in einem hohen Prozentsatz nicht zu einer anhaltenden Verbesserung der Symptomatik führten. Dabei gelte es zu bedenken, dass der Beschwerdeführer offenbar eine sehr niedrige Schmerzschwelle aufweise, was sich bei der elektrophysiologischen Untersuchung in einer «ausgeprägten Stromintoleranz» gezeigt habe, welche gar zum Abbruch der Untersuchung geführt habe. Zudem werde zumindest bei einem Teil der Beschwerden eine radikuläre Ursache aufgrund degenerativer

HWS-Veränderungen vermutet. Es sei deshalb Aufgabe des Operateurs, welcher die Indikation zur Operation stelle, eine sorgfältige Prüfung von Nutzen und Risiken vorzunehmen und insbesondere eine so ausgedehnte Exploration von Nerven zu überdenken. Es wäre schade, wenn der Eingriff zu weiteren Beschwerden führen würde. Angesichts des nun erneut geplanten Eingriffs könne an der Beurteilung, was den Fallabschluss betreffe, nicht festgehalten werden.

6.10 Am 24. Januar 2022 wurde im Spital D.____, Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, ein operativer Eingriff («Débridement, Probenentnahme, Neurolyse Nervus radialis [beide Äste] und Nervus medianus sowie Cutaneus antebrachii lateralis rechts», Suva-Nr. 245) durchgeführt.

Im Sprechstundenbericht vom 8. März 2022 (Suva-Nr. 251) hielt Dr. med. H.____, Co-Leiter Team Schulter, Ellenbogen & Sport, Spital D.____, fest, die röntgenologischen Abklärungen vom gleichen Tag zeigten ein korrekt zentriertes Ellbogengelenk in beiden Ebenen mit vorbekannter wahrscheinlich aufgefräster Tuberositas radii ohne perifokale Ossifikationen. Es zeige sich eine unveränderte Schmerzsituation im Vergleich zum präoperativen Status. Die Belastung sei frei gegeben. Der Beschwerdeführer sehe sich so subjektiv dennoch nicht arbeitsfähig. Aufgrund der nervalen Problematik erhalte er ein Rezept für Lyrica 150 mg 1 ■ 0 ■ 1.

Im Rahmen des Sprechstundenberichts vom 4. Mai 2022 (Suva-Nr. 267 S. 2 f.) diagnostizierte Dr. med. F.____, Teamleiter Schulter, Ellbogen und Sport, Spital D.____ (Suva-Nr. 268 S. 2 f.) «neu aufgetretene Schulterschmerzen mit Ausstrahlung bis in den Vorderarm Schulter rechts, DD SLAP-Läsion sowie einen anterosuperioren Konflikt». Bei der Exploration und Neurolyse habe ein Low-grade-Infekt des Ellbogens rechts ausgeschlossen werden können. Die sodann am 31. Mai 2022 durchgeführten Arthrographie des rechten Schultergelenks und die Röntgenaufnahme der rechten Schulter, wurden wie folgt beurteilt: «SLAP Läsion Typ II; Rotatorenmanschette intakt» (Suva-Nr. 272).

6.11 Am 19. Dezember 2022 (Suva-Nr. 307 S. 2 f.) nahm der Kreisarzt Dr. med. G.____ zu den Fragen der Beschwerdegegnerin wie folgt Stellung: Die neu aufgetretenen Schulterbeschwerden rechts stünden nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 23. August 2019. Die in der MRI vom 31. Mai 2022 (Suva-Nr. 272) dargestellten Veränderungen in der rechten Schulter seien allesamt degenerativ erklärbar. Auch die zeitliche Distanz vom Ereignis bis zum Auftreten der Beschwerden an der Schulter spreche klar gegen eine Kausalität. Traumatisch bedingte Schulterbeschwerden würden unmittelbar und in hoher Intensität auftreten und im Verlauf wieder abklingen. Es sei hingegen typisch für degenerativ bedingte Beschwerden, dass diese im Verlauf eher zunähmen. Es könne daher heute unfallbedingt von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden. Aufgrund der objektiven Befunde einschliesslich Röntgen vom 8. März 2022 finde sich ein korrekt zentriertes Ellbogengelenk mit korrekt reinsertierter distaler Bicepssehne und insbesondere ohne Hinweise für perifokale Ossifikation. Die Belastung sei gegeben. Auch anlässlich der Operation vom 24. Januar 2022 hätten sich vollständig unauffällige Befunde gezeigt. Der Eingriff habe denn auch nicht zu einer anhaltenden Verbesserung der subjektiven Symptomatik geführt, wie das vom Kreisarzt anlässlich seiner Beurteilung vom 1. Dezember 2021 vermutet worden sei. Von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen könne keine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Dem Beschwerdeführer wäre unfallbedingt die Rückkehr in seine bisherige Tätigkeit als Chauffeur und Monteur zumutbar. Zumutbar seien unfallbedingt mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten

mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig. Ungünstig seien ruckartige Belastungen des Biceps rechts. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei ein ganztägiges Arbeitspensum zumutbar. Allein aufgrund der objektivierbaren unfallbedingten Einschränkungen erreiche der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Die distale Bicepssehne sei in Kontinuität, die Beweglichkeit im Ellbogen frei und der Arm nach Beurteilung des Orthopäden belastbar (s. Bericht vom 8. März 2022).

6.12 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023 (Suva-Nr. 339) wies Dr. med. G.____ folgende Diagnosen aus:

Ruptur der distalen Bizepssehne rechts

Weitere unfallfremde Diagnosen

Die neu aufgetretenen Schulterbeschwerden rechts seien nicht auf den Unfall vom 23. August 2019 zurückzuführen. Die im MRT vom 31. Mai 2022 (Suva-Nr. 272) dargestellten Veränderungen der rechten Schulter seien allesamt degenerativ erklärbar. Die übrigen Beschwerden seien auf eine unfallfremde intermittierende radikuläre Reizung bei degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen mit Hypästhesie im Dermatome C6 rechts und in die rechte Schulter und den rechten Arm ausstrahlende Schmerzen zurückzuführen. Für die zusätzlich beklagten Beschwerden habe sich bei der Revision vom 24. Januar 2022 keine eindeutig unfallbedingte Ursache gefunden. Es könne heute unfallbedingt von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden. Aufgrund der objektiven Befunde einschliesslich Röntgen vom 8. März 2022 finde sich ein korrekt zentriertes Ellbogengelenk mit korrekt reinsertierter distaler Bicepssehne und insbesondere ohne Hinweise für perifokale Ossifikation. Die Belastung sei frei gegeben (s. Bericht vom 8. März 2022). Auch anlässlich der Operation vom 24. Januar 2022 hätten sich vollständig unauffällige Befunde gezeigt. Der Revisionseingriff habe denn auch nicht zu einer anhaltenden Verbesserung der subjektiven Symptomatik geführt, wie er [Dr. med. G.____] das bereits anlässlich der Beurteilung vom 1. Dezember 2021 vermutet habe. Von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen könne inzwischen, mehr als 3.5 Jahre nach Unfall, keine namhafte Verbesserung der Unfallfolgen mehr erwartet werden. Die vorgeschlagene Schmerztherapie würde vorwiegend die zusätzlichen Schmerzen von Seiten der unfallfremden intermittierenden radikulären Irritationen und die unklaren, nicht eindeutig zuordenbaren, muskuloskelettalen Beschwerden behandeln (s. Bericht Neurologie des Spitals D.____ vom 22. November 2022) und wäre somit nicht überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt.

Dem Beschwerdeführer wäre in unfallbedingter Hinsicht aufgrund der objektivierbaren Befunde mit guter Einheilung der reinsertierten Sehne die Rückkehr in seine bisherige Tätigkeit als Chauffeur Kategorie B und Monteur im Rahmen der Zumutbarkeitskriterien zumutbar. Dem Beschwerdeführer sei seine Stelle aber bereits auf Ende März 2020 nach Ablauf der Sperrfrist gekündigt worden (s. Schreiben des Arbeitgebers vom 20. Januar 2020). Zumutbar seien mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig (bis 7.5 kg mit dem rechten Arm). Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von ruckartig auftretenden Spitzenbelastungen der distalen Bicepssehne rechts. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei ein ganztägiges Arbeitspensum zumutbar. Allein aufgrund der objektivierbaren unfallbedingten Einschränkungen erreiche der Integritätsschaden kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Die distale Bicepssehne sei in Kontinuität, die

Beweglichkeit im Ellbogen frei und der Arm nach Beurteilung des orthopädischen Spezialisten, Dr. med. H.____, Spital D.____, frei belastbar (s. Bericht vom 8. März 2022). Es sei von einer gewissen Symptomausweitung auszugehen. Der Beschwerdeführer sehe sich selbst offenbar nicht als arbeitsfähig (s. Bericht Spital D.____ vom 8. März 2022). Es fänden sich keine Hinweise dafür, dass er irgendwelche Anstrengungen unternommen hätte, wieder eine Anstellung zu finden.

6.13 Im Schreiben vom 21. April 2023 (Suva-Nr. 353) hielt Dr. med. I.____, Allgemeine Innere Medizin ([...]), fest, der Beschwerdeführer habe ihn am 13. März und 18. April 2023 besucht. Dabei habe Dr. med. I.____ konstatiert, dass bei der aktiven, maximalen Supination und Pronation der rechten Hand repetitive schmerzhafte muskuläre Kontraktionen im rechten Unterarm aufträten. Am ehesten handle es sich um myofasziale, tendinöse Beschwerden, welche als Unfallfolge zu erklären seien. Auf Grund dessen sei die freie Beweglichkeit und Belastbarkeit des Ellbogens rechts nicht schmerzfrei. Die weitere Behandlung in der Schmerzklinik J.____ solle diese Beschwerden lindern. Beim Beschwerdeführer bestehe eine «dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität». Eine Integritätsentschädigung sei daher nach der einschlägigen Suva-Tabelle geschuldet.

6.14 Im Bericht vom 26. Mai 2023 betreffend die Sprechstunde vom 24. Mai 2023 hielt Dr. med. K.____, Leitende Ärztin Orthopädie, Spital C.____, Folgendes fest (Suva-Nr. 363 S. 2 f.): Bei der MRI des Ellenbogens vom 11. Mai 2023 seien keine heterotopen Ossifikationen festgestellt worden. Es sei eine grenzwertige Qualität des MRI gegeben. Ausgeprägte Tendinosis der distalen Bizepssehne mit Bizepssehnen-Inkontinuität mit deutlicher Flüssigkeit um die Sehne (i.S. einer residuellen Peritendinitis), keine Hinweise eines Partialriss des distalen Anteils. Kein Hinweis auf Neurinom oder sonstige Raumforderung (Beurteilung zusätzlich durch Dr. med. L.____). Der Beschwerdeführer zeige eine sehr komplexe Schmerzsituation. Er sei ausgiebig im Spital D.____ behandelt worden. Gemäss Beschwerdeführer sei er der Schmerzklinik zugewiesen worden, jedoch sei lange kein Aufgebot erfolgt, weshalb er schliesslich im Spital J.____ vorstellig geworden sei. Die Situation habe sich seit der ersten Operation kaum bis gar nicht verändert und es bestünden weiterhin vor allem die schmerzhaften, elektrisierenden Schmerzen anterior im Bicepsbereich bei jeglicher Belastung. Die letzte Operation mit Biopsie der Bicepssehne sowie Inspektion und Dekompression diverser Nerven habe keine Verbesserung gebracht. Er sei weiterhin arbeitsunfähig. Die MRI vom 25. Februar 2020 und 11. Mai 2023 seien sehr vergleichbar, weshalb eher von postoperativen Veränderungen als von einer Partialruptur auszugehen sei, da postoperative Veränderungen schwierig von Partialrupturen zu unterscheiden seien und zwischen den beiden MRT eine Operation stattgefunden habe, anlässlich welcher die Bicepssehne inspiziert und als korrekt inseriert beschrieben worden sei, und sich jetzt vor allem eine residuelle Peritendinitis zeige. Aufgrund dessen denke Dr. med. K.____ nicht, dass der Beschwerdeführer von einer weiteren Operation profitieren würde, zumal keine Indikation dafür bestehe. Die Kollegen der Schmerzprechstunde würden daher gebeten, primär analgetische Massnahmen durchzuführen, gegebenenfalls auch lokale Infiltration der Narbe bei doch ausgeprägten Tinel-Zeichen direkt lateral der Bicepssehne, was eine Reizung des sensiblen Astes des Musculocutaneus-Nervs bedeuten könnte.

6.15 Im Schreiben vom 5. Juni 2023 (Suva-Nr. 362 S. 2) nahm Dr. med. I.____ zu den Fragen des Vertreters des Beschwerdeführers wie folgt Stellung: Der in der MRT vom

11. Mai 2023 sichtbare Riss sei auf den Unfall vom 23. August 2019 zurückzuführen. Es sei kein Endzustand erreicht. Aktuell bestehe eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch in einer optimal angepassten Tätigkeit. Aufgrund des Risses könne eine höhere Integritätsentschädigung als 20 % erwartet werden, wobei der Beschwerdeführer weiter behandelt werden müsse. Es folge eine orthopädische Untersuchung in den nächsten Tagen im Spital C.____, wo entschieden werde, welche therapeutischen Massnahmen durchzuführen seien.

6.16 Im «Kurzbericht über die Konsultation vom 30. November 2023» (Suva-Nr. 369) führte Dr. med. M.____, Leitender Arzt, Schmerzklinik des Spital J.____, folgende Hauptdiagnose auf: «Chronische Oberarm- und Unterarm-Schmerzen rechts mit Verdacht auf nozizeptive Komponente und neuropathische Komponente mit Verdacht auf distale Tendinopathie der langen Bizepssehne rechts, DD neuropathische Schmerzen im Bereich des N. cutaneus antebrachialis lateralis». Die am 28. August 2023 durchgeführte, ultraschallgesteuerte diagnostische Blockade des Nervus cutaneus lateralis antebrachialis rechts an der Ellbogen-Flexur mit einschliessender Hydrodissektion habe keine wichtige Schmerzreduktion bewirkt. Letztendlich sei am 24. November 2023 eine diagnostische peritendinöse Infiltration der distalen Bicepssehne rechts (im Bereich der Hauptschmerzstelle) durchgeführt worden, worauf der Beschwerdeführer über eine mässige bis gute Schmerzreduktion berichtet habe. Die periinterventionelle Schmerzstärke betrage NRS 3 in Ruhe, mit Schmerzzunahme bei Bewegung. Postinterventionell sei die Schmerzintensität bei NRS 0 ■ 1 bis zum nächsten Tag gewesen. Am nächsten Tag Schmerzstärke 3 ■ 4 (auch in Ruhe). Sie hätten diese diagnostische Infiltration als positiv interpretiert. Aus diesem Grund hätten sie eine Eigenbluttherapie mittels ACRS (Autologes Zytokinen Reiches Serum) vorgeschlagen. Da der Beschwerdeführer nach der Nervenblockade keine Schmerzreduktion gehabt habe, jedoch nach der peritendinösen Sehneninfiltration eine solche verspürt habe, werde von einer möglichen Schmerzkomponente im Bereich der langen Bicepssehne als mögliche Schmerzursache ausgegangen. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall von 2019 und den persistierenden Schmerzen im Bereich der Bicepssehne erscheine plausibel, könne jedoch nicht mit abschliessender Sicherheit weder ausgeschlossen noch klar bestätigt werden.

6.17 Im Rahmen des durch die Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen, am 16. Januar 2024 erstatteten, interdisziplinären Gutachtens (Allgemeinmedizin, Orthopädische Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie) bei der Gutachterstelle N.____ (Suva-Nr. 373) wurde folgende Hauptdiagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Chronisch intermittierende Nacken-Schulter-Arm-Ellbogenbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M54.2 / M79.60 / T92.5 / Z98.8)». Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Allein durch die medizinischen Einschränkungen im Bereich der rechten oberen Extremität bestehe eine bleibende Einschränkung der Belastbarkeit. So müssten bspw. Lasten von über 15 kg vermieden werden, auch der Einsatz des rechten Arms oberhalb Schulterniveau sei stark beeinträchtigt. Jedoch könnten aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Gründe gefunden werden, welche gegen eine volle zeitliche und leistungsmässige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sprechen würden. Die angestammte Tätigkeit sei bleibend nicht mehr zumutbar (0 % Arbeitsfähigkeit). Möglich seien körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie ohne wiederholten Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus.

Eine solche Tätigkeit sei zu 8 bis 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinbusse zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage diesfalls 100 %. Ab der am 23. August 2019 erlittenen Ellbogenverletzung habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden. Ab Juni 2020 habe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Nach der am 6. April 2021 erfolgten Dekompression des Nervus ulnaris sei wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten und ab August 2021 eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen. Auch nach dem zuletzt am 24. Januar 2022 vorgenommenen Eingriff habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten und ab Mai 2022 eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden.

7. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. April 2024 betreffend den Fallabschluss im Wesentlichen auf die ärztliche Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, vom 17. März 2023 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) und damit implizit auf dessen Ausführungen in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Der Beschwerdeführer lässt dagegen unter Verweis auf die Berichte von Dr. med. I.____ vorbringen (A.S. 23 f.), der Endzustand sei noch nicht erreicht. Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. G.____ vom 17. März 2023 Beweiswert zukommt.

7.1 Dr. med. G.____ nahm im Rahmen seiner ärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023 eine reine Aktenbeurteilung vor. Praxisgemäss kann auf Aktenberichte abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, 8C 239/2008 E. 7.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2021 vom 25. Januar 2022 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. So ist die Situation der rechten oberen Extremität des Beschwerdeführers sowie der Verlauf durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Unter diesen Umständen kann das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach keine persönliche Untersuchung durchgeführt worden sei (A.S. 26), nicht nachvollzogen werden. Eine solche erscheint im vorliegenden Fall nicht notwendig gewesen zu sein. Auch der Beschwerdeführer vermag keine Gründe für eine entsprechende Notwendigkeit aufzuzeigen. Dr. med. G.____ setzte sich in seiner kreisärztlichen (Akten-)Beurteilung sodann eingehend mit den Vorakten auseinander und begründete seine Schlussfolgerungen u.a. mit Verweis auf die medizinische Lehre in überzeugender Weise. Er hielt bspw. fest, dass nach korrekter Reinsertion der rupturierten distalen Bicepssehne rechts objektiv ein gutes Resultat mit schön eingehelter und entsprechend auch wieder belastbarer Sehne bestehe. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Vorakten als korrekt. So wurden sowohl der operative Eingriff vom 19. September 2019 als auch derjenige vom 24. Januar 2022 (vgl. E. II. 6.1 und 6.10 hiervor) inkl. der postoperativen Situation jeweils als komplikationslos bzw. adäquat beurteilt. Zudem hielt Dr. med. H.____ aufgrund der durchgeführten Röntgenuntersuchung im Sprechstundenbericht vom 8. März 2022 fest (vgl. E. II. 6.10 hiervor), es bestehe ein korrekt zentriertes Ellbogengelenk in beiden Ebenen. Auch den weiteren Einschätzungen des Kreisarztes, dass es sich bei den vom Beschwerdeführer im Verlauf beklagten Beschwerden von Seiten des Sulcus ulnaris und der Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit neuroforaminaler Enge und Tangierung der C6 Wurzel beidseits sowie rechtsseitiger Foraminalstenose C6/7 und Kompression C6 rechts um unfallfremde Schulterbeschwerden handle, vermag aufgrund der nachfolgenden

kreisärztlichen Begründung einzuleuchten. So ging Dr. med. G. ___ in Bezug auf das im neurologischen Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht vom 9. Juni 2020 diagnostizierte Sulcus ulnaris-Syndrom rechts (vgl. E. II. 6.2 hiervor) bereits in seiner Beurteilung vom 11. März 2021 ein (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Dabei hielt er in überzeugender Weise fest, dass aufgrund der zeitlichen Latenz des erstmals im Juni 2020 auftretenden Taubheitsgefühls im Dig. V und an der lateralen Handkante ein kausaler Zusammenhang mit dem sich am 23. August 2019 zugetragenem Ereignis nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Diese Einschätzung bestätigte Dr. med. G. ___ sodann in seiner ärztlichen Beurteilung vom 15. April 2021 (vgl. E. II. 6.6 hiervor). Die durch die objektivierten degenerativen Veränderungen an der HWS beim Beschwerdeführer verursachten Beschwerden sowie die in diesem Zusammenhang am 28. Juni 2021 durchgeführte Wurzelinfiltration beurteilte der Kreisarzt ebenfalls als unfallfremd. Diese Einschätzung bestätigte er in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Dabei führte er aus, dass auch die zeitliche Distanz vom Ereignis bis zum Auftreten der Schulterbeschwerden klar gegen eine Kausalität spreche. Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden kreisärztlichen Ausführungen, wonach traumatisch bedingte Schulterbeschwerden unmittelbar und in hoher Intensität unmittelbar auftreten und im Verlauf wieder abklingen würden. Für degenerative Beschwerden sei hingegen typisch, dass diese im Verlauf eher zunähmen. Gestützt auf diese plausiblen Darlegungen erscheint auch die weitere kreisärztliche Beurteilung schlüssig, wonach heute unfallbedingt von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden und von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. So hätten sich auch anlässlich der Operation vom 24. Januar 2022 vollständig unauffällige Befunde gezeigt und der Eingriff habe nicht zu einer Verbesserung der subjektiven Symptomatik geführt. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So hielt Dr. med. H. ___ gestützt auf die nach dem operativen Eingriff vom 24. Januar 2022 durchgeführten Röntgenaufnahmen im Sprechstundenbericht vom 8. März 2022 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) fest, es zeige sich im Vergleich zum präoperativen Status eine unveränderte Schmerzsituation. Die Belastung sei frei gegeben.

7.2 Die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. G. ___ vom 17. März 2023 erweist sich somit als grundsätzlich beweiswertig. Es stellt sich indes die Frage, ob die zeitlich später verfassten medizinischen Berichte den grundsätzlichen Beweiswert allenfalls in Frage zu stellen vermögen (vgl. E. II. 4.3 hiervor).

7.2.1 Einzugehen ist insbesondere auf die ■ insbesondere vom Beschwerdeführer ins Feld geführten (vgl. E. II. 7 hiervor) ■ Schreiben von Dr. med. I. ___ vom 21. April 2023 und 5. Juni 2023 (vgl. E. II. 6.13 und 6.15 hiervor). Diesen Schreiben ist u.a. zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer noch kein Endzustand erreicht sei. So führte Dr. med. I. ___ im Schreiben vom 5. Juni 2023 aus, es sei kein Endzustand erreicht und der in der MRI vom 11. Mai 2023 sichtbare Riss sei auf den Unfall vom 23. August 2019 zurückzuführen. Es findet sich im entsprechenden Schreiben indes weder eine Begründung bezüglich dieser Einschätzung noch eine vertiefte Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers. Somit lässt sich die Beurteilung von Dr. med. I. ___ nicht nachvollziehen. Dr. med. I. ___ hielt in seinem Schreiben vom 5. Juni 2023 zudem fest, der Beschwerdeführer sei aktuell unfallbedingt zu 100 % arbeitsunfähig, auch in einer angepassten Tätigkeit. Auch diese äusserst knapp ausgefallene Einschätzung wird ebenfalls nicht schlüssig hergeleitet. So ist bspw. nicht ersichtlich, wie der Hausarzt des

Beschwerdeführers zu dieser Einschätzung gelangt und auf welche Diagnosestellungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen er sich dabei stützt. Es kann daher nicht auf diese Einschätzung abgestellt werden. Insgesamt vermag Dr. med. I.____ die kreisärztliche Beurteilung betreffend das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers (ganztätiges Arbeitspensum in mindestens leichten bis mittelschweren Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig) nicht in Frage zu stellen. Ähnlich verhält es sich sodann auch in Bezug auf das zeitlich vorangehende Schreiben vom 21. April 2023. In diesem stellte sich Dr. med. I.____ im Wesentlichen auf den Standpunkt, es handle sich bei der anlässlich der Sprechstunden vom 13. März 2023 und 18. April 2023 festgestellten, aktiven, maximalen Supination und Pronation der rechten Hand aufgetretenen, repetitiven schmerzhaften muskulären Kontraktionen im rechten Unterarm am ehesten um myofasziale, tendinöse Beschwerden, die als Unfallfolge zu erklären seien. Auch hier fehlt eine nachvollziehbare Begründung bzw. substantiierte Auseinandersetzung mit den erhobenen Befunden. Unter diesen Umständen kann ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ nicht auf die Einschätzungen von Dr. med. I.____ abgestellt werden. In diesem Zusammenhang kann ferner auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden, wonach behandelnde Ärzte ■ seien es Hausärzte oder Spezialärzte ■ im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3a/cc mit weiteren Hinweisen). Somit kommt der Einschätzung des den Beschwerdeführer seit 2012 behandelnden Hausarztes Dr. med. I.____ (vgl. Suva-Nr. 144 S. 2) lediglich geringer Beweiswert zu. Die beiden Schreiben von Dr. med. I.____ vom 21. April und 5. Juni 2023 vermögen jedenfalls den grundsätzlichen Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. med. G.____ nicht zu verringern.

7.2.2 Eingehend auf den Sprechstundenbericht von Dr. med. K.____ vom 26. Mai 2023 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) ergibt sich ■ wie nachfolgend dargelegt wird ■ in Bezug auf die kreisärztliche Einschätzung von Dr. med. G.____ keine abweichende Beurteilung. Die kreisärztlichen Einschätzungen werden durch den Bericht vom 24. Mai 2023 vielmehr gestützt. So hielt die Orthopädin Dr. med. K.____ aufgrund der durchgeführten MRI des Ellenbogens vom 11. Mai 2023 u.a. fest, es bestünden keine Hinweise auf einen Partialriss des distalen Anteils und keine Hinweise auf ein Neurinom oder eine sonstige Raumforderung. Weiter wird festgehalten, dass sich die Beschwerdesituation beim Beschwerdeführer seit der ersten Operation kaum bis gar nicht verändert habe. So seien die MRT vom 25. Februar 2020 und vom 11. Mai 2023 sehr vergleichbar und es sei eher von einer postoperativen Veränderung als von einer Partialruptur auszugehen. Im Vergleich zur kreisärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023, in dessen Rahmen Dr. med. G.____ eine «Ruptur der distalen Bicepssehne» auswies, handelt es sich bei der entsprechenden Einschätzung der Orthopädin lediglich um eine diagnostische Differenzierung des gleichen medizinischen Sachverhalts. So führte Dr. med. K.____ in diesem Zusammenhang auch aus, postoperative Veränderungen seien schwierig von Partialrupturen zu unterscheiden. Demzufolge fällt diese anderslautende Beurteilung durch die Orthopädin im vorliegenden Kontext nicht ins Gewicht. Die weitere Einschätzung von Dr. med. K.____, wonach der Beschwerdeführer von einer erneuten Operation nicht profitieren würde, zumal hierzu auch keine Indikation bestehe und die Kollegen der Schmerztherapie primär analgetische Massnahmen, gegebenenfalls auch lokale Infiltrationen der Narbe bei doch ausgeprägten Tinel-Zeichen direkt lateral der Bicepssehne durchzuführen hätten, sind mit der kreisärztlichen Beurteilung vereinbar. So ging Dr. med. G.____ bereits in seiner

Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) davon aus, es könne von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Dies bestätigt er sodann in seiner ärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023 (vgl. E. II. 6.12 hiervor), indem er darauf hinwies, dass die vorgeschlagene Schmerztherapie vorwiegend die zusätzlichen Schmerzen von Seiten der unfallfremden intermittierenden radikulären Irritationen und die unklaren, nicht eindeutig zuordenbaren muskuloskelettalen Beschwerden behandeln werde. Der Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzung wird somit durch den Sprechstundenbericht von Dr. med. K.____ vom 26. Mai 2023 nicht verkleinert.

7.2.3 Im «Kurzbericht über die Konsultation vom 30. November 2023» der Schmerzlinik des Spitals J.____ (vgl. E. II. 6.16 hiervor) werden sodann im Wesentlichen die durchgeführten therapeutischen Massnahmen und deren Erfolg beschrieben. So habe einzig die am 24. November 2023 durchgeführte ultraschallgesteuerte diagnostische peritendinöse Infiltration der distalen Bizepssehne rechts (im Bereich der Hauptschmerzstelle) gemäss dem Beschwerdeführer eine mässige bis gute Schmerzreduktion zu bewirken vermocht. Deshalb sei ihm auch eine Eigenbluttherapie mittels ACRS vorgeschlagen worden. Diese durchgeführten Therapien stehen den kreisärztlichen Einschätzungen indes nicht entgegen. So ist davon auszugehen, dass sich die Schmerzsituation des Beschwerdeführers durch die durchgeführte infiltrative Behandlung vom 24. November 2023 lediglich kurzfristig positiv beeinflussen liess. Von einer «namhaften» Verbesserung des Gesundheitszustandes ist indes nicht auszugehen. Diese entspricht der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. G.____ in seinen Beurteilungen vom 19. Dezember 2022 bzw. 17. März 2023 (vgl. E. II. 6.11 f. hiervor), wonach von der weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Es kommt hinzu, dass im Kurzbericht vom 30. November 2023 ein Zusammenhang zwischen den Schmerzen im Bereich der Bicepssehne und dem Unfall von 2019 lediglich als «plausibel» eingestuft wird. Diese Einschätzung vermag den im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der «überwiegenden Wahrscheinlichkeit» (vgl. E. II. 3.3 hiervor) nicht zu erfüllen. Insgesamt wird somit der Beweiswert der Einschätzungen des Kreisarztes vom 19. Dezember 2022 bzw. 17. März 2023 durch den Kurzbericht über die Konsultation vom 30. November 2023 der Schmerzlinik nicht geschmälert.

7.2.4 Im Gutachten der Gutachterstelle N.____ vom 16. Januar 2024 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) wird das durch den Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil bestätigt. So hielten die Gutachterpersonen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fest, es bestehe allein durch die medizinischen Einschränkungen im Bereich der rechten oberen Extremität eine bleibende Einschränkung der Belastbarkeit. Es müssten bspw. Lasten von über 15 kg vermieden werden, auch der Einsatz des rechten Arms oberhalb Schulterniveau sei stark beeinträchtigt. Jedoch könnten aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Gründe gefunden werden, welche gegen eine volle zeitliche und leistungsmässige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sprechen würden. Möglich seien körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie ohne wiederholten Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus. Eine solche Tätigkeit sei zu 8 bis 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinbusse zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage diesfalls 100 %. Diese gutachterlichen Ausführungen stimmen mit dem kreisärztlich statuierten Zumutbarkeitsprofil vom 19. Dezember 2022 bzw. 17. März 2023 überein (vgl. E. II. 6.11 f. hiervor). Demnach seien dem Beschwerdeführer

unfallbedingt mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig (bis 7.5 kg mit dem rechten Arm) zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von ruckartig auftretenden Spitzenbelastungen der distalen Bicepssehne rechts. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei ein ganztägiges Arbeitspensum zumutbar. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers ist ebenfalls von einer übereinstimmenden Einschätzung auszugehen. So führte Dr. med. G.____ aus, dem Beschwerdeführer wäre in unfallbedingter Hinsicht die bisherige Tätigkeit als Chauffeur Kategorie B und Monteur im Rahmen der Zumutbarkeitskriterien zumutbar (vgl. E. II. 6.12 hiervor). Damit vereinbar erscheint die im Gutachten festgehaltene Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit bleibend nicht mehr zumutbar sei. Folglich wird der Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzungen durch das im IV-Verfahren in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten bei der Gutachterstelle N.____ vom 16. Januar 2024 nicht verringert.

7.2.5 Es kann festgehalten werden, dass die nach der Einschätzung des Kreisarztes vom 17. März 2023 vorgenommenen ärztlichen Beurteilungen am Beweiswert desselben keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken vermögen.

7.3 Einzugehen ist auf die gegen die kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. med. G.____ gemachten Vorbringen des Beschwerdeführers.

Der Beschwerdeführer stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt (A.S. 25), dass Dr. med. G.____ von einem falschen Sachverhalt ausgehe, indem er das Vorliegen eines Risses verneine. Aus den Akten ergibt sich diesbezüglich Folgendes: Am 11. Mai 2023 wurde eine MRI des rechten Oberarms durchgeführt (Suva-Nr. 357 S. 3 f.) und durch den Facharzt Radiologie u.a. wie folgt beurteilt: Tendinose und Partialriss der Bizepssehne im Bereich der Tuberositas radii (der Riss betreffe die distale Insertion der Bizepssehne bzw. Caput brevis m. biceps brachii) mit einer kranio-kaudalen Ausdehnung von knapp 1 cm. Diese Beurteilung wurde von Dr. med. M.____ im Kurzbericht vom 15. Mai 2023 (Suva-Nr. 386) und von Dr. med. I.____ im Schreiben vom 5. Juni 2023 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) sodann ohne Weiteres einfach übernommen. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit den bildgebenden MRI-Aufnahmen fand nicht statt. Die Orthopädin Dr. med. K.____ nahm sodann im Sprechstundenbericht vom 26. Mai 2023 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) mit Verweis auf die zusätzliche Beurteilung durch den Radiologen Dr. med. L.____ zur am 11. Mai 2023 durchgeführten «MRI Ellenbogen» Stellung, wobei sie die Qualität des MRI als grenzwertig beurteilte. Weiter führte sie u.a. aus, es gebe keine Hinweise eines Partialrisses des distalen Anteils. Entsprechende Angaben ergeben sich sodann auch aus dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle N.____ vom 16. Januar 2024 (vgl. E. II. 6.17 hiervor). Dort wurde die «MRI Ellbogen rechts vom 11. Mai 2023 (J.____)» wie folgt beurteilt: «Diskrete intraartikuläre Ergussbildung. Unauffällige osteoartikuläre Verhältnisse. Signalalteration im Bereich des Bizepssehnenansatzes an der Tuberositas radii ohne fassbare Kontinuitätsunterbrechung. Gemäss Befundbericht besteht der Verdacht auf Ödem im Bereich des Musculus supinator und pronator teres. Zum Teil infolge Bewegungsartefakten eingeschränkte Bildqualität.» (Suva-Nr. 373 S. 52). Unter diesen Umständen erscheint überwiegend wahrscheinlich, dass in der Bicepssehne kein Riss (mehr) vorliegt. Die gutachterliche Einschätzung entspricht zudem den bereits in der kreisärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023 festgestellten Ausführungen, wonach sich aufgrund der objektiven Befunde inkl. Röntgen vom 8. März 2022 ein korrekt zentriertes

Ellbogengelenk mit korrekt reinsertierter distaler Bicepssehne und insbesondere ohne Hinweise für perifokale Ossifikation zeige und sich auch anlässlich der Operation vom 24. Januar 2022 vollständig unauffällige Befunde gezeigt hätten (vgl. E. II. 6.12 hiavor). Folglich vermag der Beschwerdeführer aus diesem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

7.4 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beweiswert der Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. G.____ vom 19. Dezember 2022 und 17. März 2023 weder durch die zeitlich später verfassten medizinischen Berichte noch durch die Vorbringen des Beschwerdeführers in Frage gestellt wird. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 12. April 2024 auf die Einschätzungen des Kreisarztes abgestellt hat.

8. Es ist folglich ■ wie dies der Kreisarzt in seinen Einschätzungen vom 19. Dezember 2022 und 17. März 2023 schlüssig und nachvollziehbar dargelegt hat ■ davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer einzig die gesundheitliche Beeinträchtigung im Rahmen der «Ruptur der distalen Bizepssehne rechts» auf das Unfallereignis vom 23. August 2019 zurückzuführen ist und somit diesbezüglich ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

Die übrigen beim Beschwerdeführer festgestellten, somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Sulcus ulnaris Syndrom, multifaktorielle, degenerativ-bedingte relative Spinalkanalstenose bei Segmentdegeneration HWK 5/6 und 6/7 und neuroforaminale Enge mit Tangierung der C6-Nervenwurzel beidseits und der C7 Wurzel links mit intermittierender radikulärer Reizsymptomatik, Schulterschmerzen rechts mit Ausstrahlung) stehen demgegenüber nicht in Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen vom 23. August 2019. So erging in Bezug auf das Sulcus ulnaris Syndrom bereits am 9. Januar 2023 ein in Rechtskraft erwachsener, leistungsabweisender Einspracheentscheid (vgl. E. II. 2.2 hiavor). Als unfallfremd werden gemäss überzeugender kreisärztlicher Einschätzung die auf die Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit neuroforaminaler Enge und Tangierung der C6 Wurzel beidseits sowie rechtsseitiger Foraminalstenose C6/7 und Kompression C6 rechts zurückzuführenden Beschwerden mit Ausstrahlung in die rechte Schulter und den rechten Arm beurteilt. Ähnlich verhält es sich gemäss dem Kreisarzt auch in Bezug auf die im Verlauf neu aufgetretenen Schulterbeschwerden rechts bei degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk und tendinopathischen Veränderungen der Supraspinatussehne. So könne eine Kausalität zum Unfallereignis allein schon aufgrund der langen Latenz bis zum Auftreten der Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Traumatisch bedingte Schulterbeschwerden würden unmittelbar nach dem Ereignis in hoher Intensität auftreten und im Verlauf wieder abklingen. Es sei hingegen typisch für degenerativ bedingte Beschwerden, dass diese im Verlauf zunehmen würden, wie das beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sei. Diesen Einschätzungen stehen keine anderslautende Beurteilungen entgegen. Es kann ihnen daher gefolgt werden.

Betreffend die psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers hielt die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 12. April 2024 fest (A.S. 8 f.), dass in der angefochtenen Verfügung der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 23. August 2019 und diesen Beschwerden verneint worden sei. Es bedürfe diesbezüglich keiner weiteren Ausführung. So sei es als offensichtlich zu bezeichnen, dass die Adäquanz angesichts der (geringen) Schwere des Unfalls und in Prüfung der Kriterien gemäss BGE 115 V 133 zu verneinen sei. Diesen Einschätzungen kann unter Heranziehung der Rechtsprechung des Bundesgerichts betreffend die Unfallschwere (vgl. E. II. 3.2

hiervor) gefolgt werden. So hat das Bundesgericht bspw. ein geringfügiges Aufschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses, einen gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen sowie einen Sturz auf einer Treppe (a.a.O. Rumo-Jungo / Holzer, S. 62) als banale / leichte Unfälle qualifiziert. Es erscheint daher folgerichtig, dass die Beschwerdegegnerin das sich am 23. August 2019 zugetragene Ereignis (vgl. E. II. 5 hiervor) als leichtes Unfallereignis eingestuft hat. Da dies vom Beschwerdeführer auch nicht beanstandet wird, ist nicht weiter darauf einzugehen.

E. 5

Neuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts (ICD-10 G57.1)

E. 6

Chronische Obstipation (ICD-10 K58.3)

E. 6.10

hiervor) und der Suva-Tabelle «Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten» nachvollziehbar. So erweisen sich die beim Beschwerdeführer objektivierten Befunde an der rechten oberen Extremität als weitgehend unauffällig und lassen sich auch keiner in der entsprechenden Suva-Tabelle aufgeführten Einschränkung zuordnen. 11.2.2 Auch der Hausarzt Dr. med. I. ___ befasste sich mit dem Integritätsschaden des Beschwerdeführers. So hielt er im Schreiben vom 21. April 2023 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) fest, es bestehe beim Beschwerdeführer eine «dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität». Es sei eine Integritätsentschädigung nach einschlägiger Suva-Tabelle (Ellbogen: 0° – 90° – 135°, jedoch starke Schmerzen und muskuläre Kontraktionen bei aktiver, maximaler Supination und Pronation der rechten Hand vorhanden) geschuldet. Diese sehr kurz und knapp gehaltene Einschätzung des Allgemeinmediziners vermag – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 30 f.) – nicht zu überzeugen. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, worauf die genannten Messwerte des Ellbogens beruhen. So finden sich im Schreiben nämlich keine Hinweise auf die Durchführung eines entsprechenden Testverfahrens. Die entsprechenden Messwerte sind somit nicht nachvollziehbar. Daran vermag auch das weitere Schreiben des Hausarztes vom 5. Juni 2023 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) nichts zu ändern. So wird die darin enthaltene Feststellung, wonach aufgrund des Risses eine höhere Integritätsentschädigung als 20 % erwartet werden könne, nicht näher erläutert. Es kann ihr daher nicht gefolgt werden. Es kommt hinzu, dass das Vorliegen eines Risses durch Dr. med. K. ___ im zeitlich zuvor verfassten Bericht vom 26. Mai 2023 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) verneint wurde. Eine Auseinandersetzung damit ist dem Schreiben vom 5. Juni 2023 nicht zu entnehmen. Insgesamt vermögen somit die weitgehend unbegründeten und in allgemein-abstrakter Weise formulierten Einschätzungen des Hausarztes vom 12. April 2023 nicht zu überzeugen. 11.3 Der nachvollziehbaren und schlüssigen Einschätzung des Kreisarztes folgend, steht dem Beschwerdeführer somit keine Integritätsentschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat den entsprechenden Anspruch des Beschwerdeführers mit Einspracheentscheid vom 12. April 2024 zu Recht abgewiesen. 12. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. April 2024 erweist sich nach dem Gesagten als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 13. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 13.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5 hiervor). 13.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit

unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der unentgeltliche Rechtsbeistand, Rechtsanwalt Fabian Meyer, hat am 26. August 2024 (A.S. 74 ff.) eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 9'626.95 unter Berücksichtigung eines Aufwandes von 39.04 Stunden und eines Stundenansatzes von CHF 220.00 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt für den Aufwand ab 1. Januar 2023 CHF 190.00 (s. Entscheid der Gerichtsverwaltungscommission vom 19. Dezember 2022). Bei den in der Kostennote aufgeführten Leistungen während der Zeitspanne vom 1. Juli 2021 bis zum 12. Februar 2024 (total 27.7 Stunden) handelt es sich um vorprozessualen Aufwand, der im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu entschädigen ist. Somit reduziert sich der Aufwand um 27.7 Stunden auf total 11.7 Stunden. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'475.20 festzusetzen (11.7 Stunden zu CHF 190.00 [CHF 2'223.00], zzgl. Auslagenpauschale von 3 % [CHF 66.70] und MwSt von 8.1 % [CHF 185.50]), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren und der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes von CHF 379.40 (Differenz zum vollen Honorar mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 220.00), wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 13.3 Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 250.00 (für den Aufwand ab 2023) festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT [kantonaler Gebührentarif, BGS 615.11]), wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

E. 7

Gemischte Hyperlipidämie (ICD-10 E78.2) Allein durch die medizinischen Einschränkungen im Bereich der rechten oberen Extremität bestehe eine bleibende Einschränkung der Belastbarkeit. So müssten bspw. Lasten von über 15 kg vermieden werden, auch der Einsatz des rechten Arms oberhalb Schulterniveau sei stark beeinträchtigt. Jedoch könnten aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Gründe gefunden werden, welche gegen eine volle zeitliche und leistungsmässige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sprechen würden. Die angestammte Tätigkeit sei bleibend nicht mehr zumutbar (0 % Arbeitsfähigkeit). Möglich seien körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie ohne wiederholten Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus. Eine solche Tätigkeit sei zu 8 bis 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinbusse zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage diesfalls 100 %. Ab der am 23. August 2019 erlittenen Ellbogenverletzung habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden. Ab Juni 2020 habe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Nach der am 6. April 2021 erfolgten Dekompression des Nervus ulnaris sei wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten und ab August 2021 eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen. Auch nach dem zuletzt am 24. Januar 2022 vorgenommenen Eingriff habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten und ab Mai 2022 eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. 7. Die Beschwerdegegenerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. April 2024 betreffend den Fallabschluss im Wesentlichen auf

die ärztliche Beurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, vom 17. März 2023 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) und damit implizit auf dessen Ausführungen in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Der Beschwerdeführer lässt dagegen unter Verweis auf die Berichte von Dr. med. I.____ vorbringen (A.S. 23 f.), der Endzustand sei noch nicht erreicht. Es ist daher nachfolgend zu prüfen, ob der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. G.____ vom 17. März 2023 Beweiswert zukommt.

7.1 Dr. med. G.____ nahm im Rahmen seiner ärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023 eine reine Aktenbeurteilung vor. Praxisgemäss kann auf Aktenberichte abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, 8C 239/2008 E. 7.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2021 vom 25. Januar 2022 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. So ist die Situation der rechten oberen Extremität des Beschwerdeführers sowie der Verlauf durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. Unter diesen Umständen kann das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach keine persönliche Untersuchung durchgeführt worden sei (A.S. 26), nicht nachvollzogen werden. Eine solche erscheint im vorliegenden Fall nicht notwendig gewesen zu sein. Auch der Beschwerdeführer vermag keine Gründe für eine entsprechende Notwendigkeit aufzuzeigen. Dr. med. G.____ setzte sich in seiner kreisärztlichen (Akten-)Beurteilung sodann eingehend mit den Vorakten auseinander und begründete seine Schlussfolgerungen u.a. mit Verweis auf die medizinische Lehre in überzeugender Weise. Er hielt bspw. fest, dass nach korrekter Reinsertion der rupturierten distalen Bicepssehne rechts objektiv ein gutes Resultat mit schön eingehelter und entsprechend auch wieder belastbarer Sehne bestehe. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Vorakten als korrekt. So wurden sowohl der operative Eingriff vom 19. September 2019 als auch derjenige vom 24. Januar 2022 (vgl. E. II. 6.1 und 6.10 hiervor) inkl. der postoperativen Situation jeweils als komplikationslos bzw. adäquat beurteilt. Zudem hielt Dr. med. H.____ aufgrund der durchgeführten Röntgenuntersuchung im Sprechstundenbericht vom 8. März 2022 fest (vgl. E. II. 6.10 hiervor), es bestehe ein korrekt zentriertes Ellbogengelenk in beiden Ebenen. Auch den weiteren Einschätzungen des Kreisarztes, dass es sich bei den vom Beschwerdeführer im Verlauf beklagten Beschwerden von Seiten des Sulcus ulnaris und der Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit neuroforaminaler Enge und Tangierung der C6 Wurzel beidseits sowie rechtsseitiger Foraminalstenose C6/7 und Kompression C6 rechts um unfallfremde Schulterbeschwerden handle, vermag aufgrund der nachfolgenden kreisärztlichen Begründung einzuleuchten. So ging Dr. med. G.____ in Bezug auf das im neurologischen Sprechstunden- und Elektrophysiologiebericht vom 9. Juni 2020 diagnostizierte Sulcus ulnaris-Syndrom rechts (vgl. E. II. 6.2 hiervor) bereits in seiner Beurteilung vom 11. März 2021 ein (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Dabei hielt er in überzeugender Weise fest, dass aufgrund der zeitlichen Latenz des erstmals im Juni 2020 auftretenden Taubheitsgefühls im Dig. V und an der lateralen Handkante ein kausaler Zusammenhang mit dem sich am 23. August 2019 zugetragenem Ereignis nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Diese Einschätzung bestätigte Dr. med. G.____ sodann in seiner ärztlichen Beurteilung vom 15. April 2021 (vgl. E. II. 6.6 hiervor). Die durch die objektivierten degenerativen Veränderungen an der HWS beim Beschwerdeführer verursachten Beschwerden sowie die in diesem Zusammenhang am 28. Juni 2021 durchgeführte Wurzelinfiltration beurteilte der Kreisarzt ebenfalls als unfallfremd. Diese Einschätzung bestätigte er in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (vgl. E. II. 6.11 hiervor). Dabei führte er aus, dass auch die

zeitliche Distanz vom Ereignis bis zum Auftreten der Schulterbeschwerden klar gegen eine Kausalität spreche. Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden kreisärztlichen Ausführungen, wonach traumatisch bedingte Schulterbeschwerden unmittelbar und in hoher Intensität unmittelbar auftreten und im Verlauf wieder abklingen würden. Für degenerative Beschwerden sei hingegen typisch, dass diese im Verlauf eher zunehmen. Gestützt auf diese plausiblen Darlegungen erscheint auch die weitere kreisärztliche Beurteilung schlüssig, wonach heute unfallbedingt von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden und von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. So hätten sich auch anlässlich der Operation vom 24. Januar 2022 vollständig unauffällige Befunde gezeigt und der Eingriff habe nicht zu einer Verbesserung der subjektiven Symptomatik geführt. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So hielt Dr. med. H. ___ gestützt auf die nach dem operativen Eingriff vom 24. Januar 2022 durchgeführten Röntgenaufnahmen im Sprechstundenbericht vom 8. März 2022 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) fest, es zeige sich im Vergleich zum präoperativen Status eine unveränderte Schmerzsituation. Die Belastung sei frei gegeben. 7.2 Die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. G. ___ vom 17. März 2023 erweist sich somit als grundsätzlich beweiswertig. Es stellt sich indes die Frage, ob die zeitlich später verfassten medizinischen Berichte den grundsätzlichen Beweiswert allenfalls in Frage zu stellen vermögen (vgl. E. II. 4.3 hiervor). 7.2.1 Einzugehen ist insbesondere auf die – insbesondere vom Beschwerdeführer ins Feld geführten (vgl. E. II. 7 hiervor) – Schreiben von Dr. med. I. ___ vom 21. April 2023 und 5. Juni 2023 (vgl. E. II. 6.13 und 6.15 hiervor). Diesen Schreiben ist u.a. zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer noch kein Endzustand erreicht sei. So führte Dr. med. I. ___ im Schreiben vom 5. Juni 2023 aus, es sei kein Endzustand erreicht und der in der MRI vom 11. Mai 2023 sichtbare Riss sei auf den Unfall vom 23. August 2019 zurückzuführen. Es findet sich im entsprechenden Schreiben indes weder eine Begründung bezüglich dieser Einschätzung noch eine vertiefte Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers. Somit lässt sich die Beurteilung von Dr. med. I. ___ nicht nachvollziehen. Dr. med. I. ___ hielt in seinem Schreiben vom 5. Juni 2023 zudem fest, der Beschwerdeführer sei aktuell unfallbedingt zu 100 % arbeitsunfähig, auch in einer angepassten Tätigkeit. Auch diese äusserst knapp ausgefallene Einschätzung wird ebenfalls nicht schlüssig hergeleitet. So ist bspw. nicht ersichtlich, wie der Hausarzt des Beschwerdeführers zu dieser Einschätzung gelangt und auf welche Diagnosestellungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen er sich dabei stützt. Es kann daher nicht auf diese Einschätzung abgestellt werden. Insgesamt vermag Dr. med. I. ___ die kreisärztliche Beurteilung betreffend das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers (ganztätiges Arbeitspensum in mindestens leichten bis mittelschweren Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig) nicht in Frage zu stellen. Ähnlich verhält es sich sodann auch in Bezug auf das zeitlich vorangehende Schreiben vom 21. April 2023. In diesem stellte sich Dr. med. I. ___ im Wesentlichen auf den Standpunkt, es handle sich bei der anlässlich der Sprechstunden vom 13. März 2023 und 18. April 2023 festgestellten, aktiven, maximalen Supination und Pronation der rechten Hand aufgetretenen, repetitiven schmerzhaften muskulären Kontraktionen im rechten Unterarm am ehesten um myofasziale, tendinöse Beschwerden, die als Unfallfolge zu erklären seien. Auch hier fehlt eine nachvollziehbare Begründung bzw. substantiierte Auseinandersetzung mit den erhobenen Befunden. Unter diesen Umständen kann – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nicht auf die Einschätzungen von Dr. med. I. ___ abgestellt werden. In diesem Zusammenhang kann ferner auf die Erfahrungstatsache

hingewiesen werden, wonach behandelnde Ärzte – seien es Hausärzte oder Spezialärzte – im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3a/cc mit weiteren Hinweisen). Somit kommt der Einschätzung des den Beschwerdeführer seit 2012 behandelnden Hausarztes Dr. med. I.____ (vgl. Suva-Nr. 144 S. 2) lediglich geringer Beweiswert zu. Die beiden Schreiben von Dr. med. I.____ vom 21. April und 5. Juni 2023 vermögen jedenfalls den grundsätzlichen Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. med. G.____ nicht zu verringern.

7.2.2 Eingehend auf den Sprechstundenbericht von Dr. med. K.____ vom 26. Mai 2023 (vgl. E. II. 6.14 hiavor) ergibt sich – wie nachfolgend dargelegt wird – in Bezug auf die kreisärztliche Einschätzung von Dr. med. G.____ keine abweichende Beurteilung. Die kreisärztlichen Einschätzungen werden durch den Bericht vom 24. Mai 2023 vielmehr gestützt. So hielt die Orthopädin Dr. med. K.____ aufgrund der durchgeführten MRI des Ellenbogens vom 11. Mai 2023 u.a. fest, es bestünden keine Hinweise auf einen Partialriss des distalen Anteils und keine Hinweise auf ein Neurinom oder eine sonstige Raumforderung. Weiter wird festgehalten, dass sich die Beschwerdesituation beim Beschwerdeführer seit der ersten Operation kaum bis gar nicht verändert habe. So seien die MRT vom 25. Februar 2020 und vom 11. Mai 2023 sehr vergleichbar und es sei eher von einer postoperativen Veränderung als von einer Partialruptur auszugehen. Im Vergleich zur kreisärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023, in dessen Rahmen Dr. med. G.____ eine «Ruptur der distalen Bicepssehne» auswies, handelt es sich bei der entsprechenden Einschätzung der Orthopädin lediglich um eine diagnostische Differenzierung des gleichen medizinischen Sachverhalts. So führte Dr. med. K.____ in diesem Zusammenhang auch aus, postoperative Veränderungen seien schwierig von Partialrupturen zu unterscheiden. Demzufolge fällt diese anderslautende Beurteilung durch die Orthopädin im vorliegenden Kontext nicht ins Gewicht. Die weitere Einschätzung von Dr. med. K.____, wonach der Beschwerdeführer von einer erneuten Operation nicht profitieren würde, zumal hierzu auch keine Indikation bestehe und die Kollegen der Schmerztherapie primär analgetische Massnahmen, gegebenenfalls auch lokale Infiltrationen der Narbe bei doch ausgeprägten Tinel-Zeichen direkt lateral der Bicepssehne durchzuführen hätten, sind mit der kreisärztlichen Beurteilung vereinbar. So ging Dr. med. G.____ bereits in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (vgl. E. II. 6.11 hiavor) davon aus, es könne von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Dies bestätigt er sodann in seiner ärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023 (vgl. E. II. 6.12 hiavor), indem er darauf hinwies, dass die vorgeschlagene Schmerztherapie vorwiegend die zusätzlichen Schmerzen von Seiten der unfallfremden intermittierenden radikulären Irritationen und die unklaren, nicht eindeutig zuordenbaren muskuloskelettalen Beschwerden behandeln werde. Der Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzung wird somit durch den Sprechstundenbericht von Dr. med. K.____ vom 26. Mai 2023 nicht verkleinert.

7.2.3 Im «Kurzbericht über die Konsultation vom 30. November 2023» der Schmerzklinik des Spitals J.____ (vgl. E. II. 6.16 hiavor) werden sodann im Wesentlichen die durchgeführten therapeutischen Massnahmen und deren Erfolg beschrieben. So habe einzig die am 24. November 2023 durchgeführte ultraschallgesteuerte diagnostische peritendinöse Infiltration der distalen Bicepssehne rechts (im Bereich der Hauptschmerzstelle) gemäss dem Beschwerdeführer eine mässige bis gute Schmerzreduktion zu bewirken vermocht. Deshalb sei ihm auch eine Eigenbluttherapie mittels ACRS vorgeschlagen worden. Diese durchgeführten Therapien stehen den kreisärztlichen Einschätzungen indes nicht entgegen. So ist davon auszugehen,

dass sich die Schmerzsituation des Beschwerdeführers durch die durchgeführte infiltrative Behandlung vom 24. November 2023 lediglich kurzfristig positiv beeinflussen liess. Von einer «namhaften» Verbesserung des Gesundheitszustandes ist indes nicht auszugehen. Diese entspricht der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. G. ___ in seinen Beurteilungen vom 19. Dezember 2022 bzw. 17. März 2023 (vgl. E. II. 6.11 f. hiervor), wonach von der weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Es kommt hinzu, dass im Kurzbericht vom 30. November 2023 ein Zusammenhang zwischen den Schmerzen im Bereich der Bicepssehne und dem Unfall von 2019 lediglich als «plausibel» eingestuft wird. Diese Einschätzung vermag den im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der «überwiegenden Wahrscheinlichkeit» (vgl. E. II. 3.3 hiervor) nicht zu erfüllen. Insgesamt wird somit der Beweiswert der Einschätzungen des Kreisarztes vom 19. Dezember 2022 bzw. 17. März 2023 durch den Kurzbericht über die Konsultation vom 30. November 2023 der Schmerzlinik nicht geschmälert.

7.2.4 Im Gutachten der Gutachterstelle N. ___ vom 16. Januar 2024 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) wird das durch den Kreisarzt formulierte Zumutbarkeitsprofil bestätigt. So hielten die Gutachterpersonen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fest, es bestehe allein durch die medizinischen Einschränkungen im Bereich der rechten oberen Extremität eine bleibende Einschränkung der Belastbarkeit. Es müssten bspw. Lasten von über 15 kg vermieden werden, auch der Einsatz des rechten Arms oberhalb Schulterniveau sei stark beeinträchtigt. Jedoch könnten aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Gründe gefunden werden, welche gegen eine volle zeitliche und leistungsmässige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sprechen würden. Möglich seien körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie ohne wiederholten Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb Schulterniveaus. Eine solche Tätigkeit sei zu 8 bis 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinbusse zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage diesfalls 100 %. Diese gutachterlichen Ausführungen stimmen mit dem kreisärztlich statuierten Zumutbarkeitsprofil vom 19. Dezember 2022 bzw. 17. März 2023 überein (vgl. E. II. 6.11 f. hiervor). Demnach seien dem Beschwerdeführer unfallbedingt mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig (bis 7.5 kg mit dem rechten Arm) zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von ruckartig auftretenden Spitzenbelastungen der distalen Bicepssehne rechts. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei ein ganztägiges Arbeitspensum zumutbar. In Bezug auf die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers ist ebenfalls von einer übereinstimmenden Einschätzung auszugehen. So führte Dr. med. G. ___ aus, dem Beschwerdeführer wäre in unfallbedingter Hinsicht die bisherige Tätigkeit als Chauffeur Kategorie B und Monteur im Rahmen der Zumutbarkeitskriterien zumutbar (vgl. E. II. 6.12 hiervor). Damit vereinbar erscheint die im Gutachten festgehaltene Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit bleibend nicht mehr zumutbar sei. Folglich wird der Beweiswert der kreisärztlichen Einschätzungen durch das im IV-Verfahren in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten bei der Gutachterstelle N. ___ vom 16. Januar 2024 nicht verringert.

7.2.5 Es kann festgehalten werden, dass die nach der Einschätzung des Kreisarztes vom 17. März 2023 vorgenommenen ärztlichen Beurteilungen am Beweiswert desselben keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken vermögen.

7.3 Einzugehen ist auf die gegen die kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. med. G. ___ gemachten Vorbringen des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt (A.S. 25), dass Dr. med. G. ___ von einem

falschen Sachverhalt ausgehe, indem er das Vorliegen eines Risses verneine. Aus den Akten ergibt sich diesbezüglich Folgendes: Am 11. Mai 2023 wurde eine MRI des rechten Oberarms durchgeführt (Suva-Nr. 357 S. 3 f.) und durch den Facharzt Radiologie u.a. wie folgt beurteilt: Tendinose und Partialriss der Bizepssehne im Bereich der Tuberositas radii (der Riss betreffe die distale Insertion der Bizepssehne bzw. Caput brevis m. biceps brachii) mit einer kranio-kaudalen Ausdehnung von knapp 1 cm. Diese Beurteilung wurde von Dr. med. M.____ im Kurzbericht vom 15. Mai 2023 (Suva-Nr. 386) und von Dr. med. I.____ im Schreiben vom 5. Juni 2023 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) sodann ohne Weiteres einfach übernommen. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit den bildgebenden MRI-Aufnahmen fand nicht statt. Die Orthopädin Dr. med. K.____ nahm sodann im Sprechstundenbericht vom 26. Mai 2023 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) mit Verweis auf die zusätzliche Beurteilung durch den Radiologen Dr. med. L.____ zur am 11. Mai 2023 durchgeführten «MRI Ellenbogen» Stellung, wobei sie die Qualität des MRI als grenzwertig beurteilte. Weiter führte sie u.a. aus, es gebe keine Hinweise eines Partialrisses des distalen Anteils. Entsprechende Angaben ergeben sich sodann auch aus dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle N.____ vom 16. Januar 2024 (vgl. E. II. 6.17 hiervor). Dort wurde die «MRI Ellbogen rechts vom 11. Mai 2023 (J.____)» wie folgt beurteilt: «Diskrete intraartikuläre Ergussbildung. Unauffällige osteoartikuläre Verhältnisse. Signalalteration im Bereich des Bizepssehnenansatzes an der Tuberositas radii ohne fassbare Kontinuitätsunterbrechung. Gemäss Befundbericht besteht der Verdacht auf Ödem im Bereich des Musculus supinator und pronator teres. Zum Teil infolge Bewegungsartefakten eingeschränkte Bildqualität.» (Suva-Nr. 373 S. 52). Unter diesen Umständen erscheint überwiegend wahrscheinlich, dass in der Bizepssehne kein Riss (mehr) vorliegt. Die gutachterliche Einschätzung entspricht zudem den bereits in der kreisärztlichen Beurteilung vom 17. März 2023 festgestellten Ausführungen, wonach sich aufgrund der objektiven Befunde inkl. Röntgen vom 8. März 2022 ein korrekt zentriertes Ellbogengelenk mit korrekt reinsertierter distaler Bizepssehne und insbesondere ohne Hinweise für perifokale Ossifikation zeige und sich auch anlässlich der Operation vom 24. Januar 2022 vollständig unauffällige Befunde gezeigt hätten (vgl. E. II. 6.12 hiervor). Folglich vermag der Beschwerdeführer aus diesem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. 7.4 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beweiswert der Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. G.____ vom 19. Dezember 2022 und 17. März 2023 weder durch die zeitlich später verfassten medizinischen Berichte noch durch die Vorbringen des Beschwerdeführers in Frage gestellt wird. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 12. April 2024 auf die Einschätzungen des Kreisarztes abgestellt hat. 8. Es ist folglich – wie dies der Kreisarzt in seinen Einschätzungen vom 19. Dezember 2022 und 17. März 2023 schlüssig und nachvollziehbar dargelegt hat – davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer einzig die gesundheitliche Beeinträchtigung im Rahmen der «Ruptur der distalen Bizepssehne rechts» auf das Unfallereignis vom 23. August 2019 zurückzuführen ist und somit diesbezüglich ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Die übrigen beim Beschwerdeführer festgestellten, somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Sulcus ulnaris Syndrom, multifaktorielle, degenerativ-bedingte relative Spinalkanalstenose bei Segmentdegeneration HWK 5/6 und 6/7 und neuroforaminale Enge mit Tangierung der C6-Nervenwurzel beidseits und der C7 Wurzel links mit intermittierender radikulärer Reizsymptomatik, Schulterschmerzen rechts mit Ausstrahlung) stehen demgegenüber nicht in Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen vom 23. August 2019. So erging in Bezug auf

das Sulcus ulnaris Syndrom bereits am 9. Januar 2023 ein in Rechtskraft erwachsener, leistungsabweisender Einspracheentscheid (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Als unfallfremd werden gemäss überzeugender kreisärztlicher Einschätzung die auf die Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit neuroforaminaler Enge und Tangierung der C6 Wurzel beidseits sowie rechtsseitiger Foraminalstenose C6/7 und Kompression C6 rechts zurückzuführenden Beschwerden mit Ausstrahlung in die rechte Schulter und den rechten Arm beurteilt. Ähnlich verhält es sich gemäss dem Kreisarzt auch in Bezug auf die im Verlauf neu aufgetretenen Schulterbeschwerden rechts bei degenerativen Veränderungen im AC-Gelenk und tendinopathischen Veränderungen der Supraspinatussehne. So könne eine Kausalität zum Unfallereignis allein schon aufgrund der langen Latenz bis zum Auftreten der Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Traumatisch bedingte Schulterbeschwerden würden unmittelbar nach dem Ereignis in hoher Intensität auftreten und im Verlauf wieder abklingen. Es sei hingegen typisch für degenerativ bedingte Beschwerden, dass diese im Verlauf zunehmen würden, wie das beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sei. Diesen Einschätzungen stehen keine anderslautende Beurteilungen entgegen. Es kann ihnen daher gefolgt werden. Betreffend die psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers hielt die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 12. April 2024 fest (A.S. 8 f.), dass in der angefochtenen Verfügung der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 23. August 2019 und diesen Beschwerden verneint worden sei. Es bedürfe diesbezüglich keiner weiteren Ausführung. So sei es als offensichtlich zu bezeichnen, dass die Adäquanz angesichts der (geringen) Schwere des Unfalls und in Prüfung der Kriterien gemäss BGE 115 V 133 zu verneinen sei. Diesen Einschätzungen kann unter Heranziehung der Rechtsprechung des Bundesgerichts betreffend die Unfallschwere (vgl. E. II. 3.2 hiervor) gefolgt werden. So hat das Bundesgericht bspw. ein geringfügiges Aufschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses, einen gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen sowie einen Sturz auf einer Treppe (a.a.O. Rumo-Jungo / Holzer, S. 62) als banale / leichte Unfälle qualifiziert. Es erscheint daher folgerichtig, dass die Beschwerdegegnerin das sich am 23. August 2019 zugetragene Ereignis (vgl. E. II. 5 hiervor) als leichtes Unfallereignis eingestuft hat. Da dies vom Beschwerdeführer auch nicht beanstandet wird, ist nicht weiter darauf einzugehen.

E. 9

9.1 Gestützt auf die voll beweismässigen kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. med. G.____ (vgl. E. II. 6.11 f. hiervor) ist davon auszugehen, dass von weiteren ärztlichen Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr zu erwarten ist. Das Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 23 f.), wonach der Endzustand noch nicht vorliege, läuft somit ins Leere. Aufgrund des erreichten Endzustandes und aufgrund der Tatsache, dass gemäss Telefonnotiz vom 21. Dezember 2022 (Suva-Nr. 208) die Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen waren, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen per 31. Januar 2023 eingestellt und zugleich die Ansprüche des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung geprüft hat.

9.2 In Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil kann ebenfalls auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G.____ vom 17. März 2023 abgestellt werden (vgl. E. II. 6.12 hiervor). Somit sind dem Beschwerdeführer mindestens leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit

Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg beidhändig (bis 7.5 kg mit dem rechten Arm) zumutbar. Nicht zumutbar sind Tätigkeiten mit Einwirkungen von ruckartig auftretenden Spitzenbelastungen der distalen Bicepssehne rechts. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien ist dem Beschwerdeführer ein ganztägiges Arbeitspensum zumutbar.

10. Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

10.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. und 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224, je mit Hinweisen).

Da der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit aus unfallbedingten Gründen verloren hat, stützte sich die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen zu Recht auf das durch die damalige Arbeitgeberin B. ___ am 11. Januar 2023 angegebene Einkommen von CHF 66'800.00 (Monatslohn von CHF 5'000.00 + Gratifikation / 13. Monatslohn von CHF 5'000.00 + Qualitätsbonus pro Jahr von CHF 1'800.00, vgl. Suva-Nr. 327). Dies wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten.

10.2

10.2.1 Da es dem Beschwerdeführer gemäss der beweiswertigen Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G. ___ möglich ist, eine angepasste Tätigkeit in einem Vollzeitpensum auszuüben, er aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

Gemäss der Tabelle LSE 2020, TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), Total, Männer, beläuft sich der Monatslohn bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf CHF 5'261.00. Unter Berücksichtigung einer wöchentlichen Arbeitszeit für das Jahr 2023 von 41.7 Stunden und in Anbetracht der Nominallohnentwicklungen von ■ 0.7 (2021), 1.1 % (2022) und 1.1 % (2023) ergibt sich für das hier massgebende Jahr 2023 ein hypothetisches Jahreseinkommen von CHF 66'800.00, was ■ vorbehältlich eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. E. II. 10.2.2 hiernach) ■ dem Invalideneinkommen entspricht.

10.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem

ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 47 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Sodann ergibt sich aus der Tabelle T12_b der LSE 2023, dass in diesem Jahr Männer der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zählt (vgl. Suva-Nrn. 34 S. 1, 344 S. 1) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um 4.4 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 und 9C_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Dies stellt jedoch praxisgemäss keine überproportionale Lohnneinbusse dar (SVR 2023 IV Nr. 18 S. 63, 8C_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 8.6) und rechtfertigt somit keinen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn. Gestützt auf das unter E. II. 9.2 formulierte Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten enthält, weshalb allein deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweisen). Auch mangelnde Sprachkenntnisse sowie kaum nennenswerte Ausbildungen, die vom Beschwerdeführer ins Feld geführt werden (A.S. 30), sind nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen, wenn ■ wie hier der Fall ■ der statistische Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 angewendet wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2023 vom 4. Juni 2024 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Auch angesichts des kreisärztlich umschriebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, die keine besondere Beanspruchung der rechten oberen Extremität hinsichtlich Kraft, Feinmotorik und Sensibilität erfordern (Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2019 vom 11. Dezember 2019 E. 4.2.2). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer die ihm noch zumutbare Tätigkeit in einem Vollzeitpensum ausüben kann. Zusammenfassend entfällt vorliegend die Möglichkeit einer Kürzung des Tabellenlohns.

10.2.3 Der vom Beschwerdeführer geforderte Abzug vom Tabellenlohn gemäss dem seit 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26bisAbs. 3 IVV (Verordnung über die Invalidenversicherung, SR 831.201) wird mit der Gleichbehandlung aller Versicherten im Sozialversicherungsrecht begründet. Daher sei diese IVV-Bestimmung im UVG analog anwendbar (A.S. 29). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers lässt sich aus der Rechtsprechung des Bundesgerichts eine analoge Anwendung von Art. 26bisAbs. 3 IVV im

Bereich der Unfallversicherung indes gerade nicht ableiten (BGE 150 V 410 E. 10.3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2023 vom 12. Juli 2024 E. 6.2.2).

10.3 Somit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 66'800.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 66'800.00 ein IV-Grad von 0 %. Somit hat der Beschwerdeführer ■ wie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. April 2024 korrekt ausgeführt ■ keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

11. Es stellt sich weiter die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung hat (vgl. E. II. 2.5 hiervor).

11.1 Verwaltung und Gericht sind für die Beurteilung der einzelnen Integritätseinbussen auf ärztliche Sachverständige angewiesen. In einem ersten Schritt fällt es dem Arzt zu, sich ■ unter Einbezug der in Anhang 3 der UVV (Verordnung über die Unfallversicherung, SR 832.202) und gegebenenfalls in den Suva-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden ■ dazu zu äussern, ob und inwieweit ein Schaden vorliegt, welcher dem Typus von Verordnung, Anhang oder Weisung entspricht. Verwaltung und Gericht obliegt es danach, gestützt auf die ärztliche Befunderhebung die rechtliche Beurteilung vorzunehmen, ob ein Integritätsschaden gegeben ist, ob die Erheblichkeitsschwelle erreicht wird und, bejahendenfalls, welches Ausmass die erhebliche Schädigung angenommen hat. Dabei haben sie sich zwar an die medizinischen Angaben zu halten, doch ändert dies nichts daran, dass die Beurteilung des Integritätsschadens als Grundlage des gesetzlichen Leistungsanspruchs letztlich Sache der Verwaltung resp. im Streitfall des Gerichts und nicht der medizinischen Fachperson ist. Gelangt der Rechtsanwender im Rahmen der freien Beweiswürdigung zur Auffassung, es lägen keine schlüssigen medizinischen Angaben zum Vorliegen eines Integritätsschadens vor, bedingt dies regelmässig Aktenergänzungen in medizinischer Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_826/2012 vom 28. Mai 2013 E. 2.4 mit Hinweisen).

11.2 In den vorliegenden Akten finden sich folgende ärztlichen Stellungnahmen zur Integritätseinbusse des Beschwerdeführers:

11.2.1 Zum Integritätsschaden nahm der Kreisarzt Dr. med. G. ___ in den Berichten vom 19. Dezember 2022 und 17. März 2023 Stellung (vgl. E. II. 6.11 f. hiervor). So hielt er fest, es bestehe beim Beschwerdeführer unfallbedingt kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Der Integritätsschaden erreiche aufgrund der objektivierbaren unfallbedingten Einschränkungen kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Zur Begründung wurde ausgeführt, die distale Bicepssehne sei in Kontinuität, die Beweglichkeit im Ellbogen frei und der Arm sei nach Beurteilung des orthopädischen Spezialisten Dr. med. H. ___ frei belastbar. Diese kreisärztliche Einschätzung ist unter Einbezug des Berichts von Dr. med. H. ___ vom 8. März 2022 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) und der Suva-Tabelle «Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten» nachvollziehbar. So erweisen sich die beim Beschwerdeführer objektivierten Befunde an der rechten oberen Extremität als weitgehend unauffällig und lassen sich auch keiner in der entsprechenden Suva-Tabelle aufgeführten Einschränkung zuordnen.

11.2.2 Auch der Hausarzt Dr. med. I. ___ befasste sich mit dem Integritätsschaden des Beschwerdeführers. So hielt er im Schreiben vom 21. April 2023 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) fest, es bestehe beim Beschwerdeführer eine «dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität». Es sei eine Integritätsentschädigung nach einschlägiger Suva-Tabelle (Ellbogen: 0° ■ 90° ■ 135° , jedoch starke Schmerzen und muskuläre

Kontraktionen bei aktiver, maximaler Supination und Pronation der rechten Hand vorhanden) geschuldet. Diese sehr kurz und knapp gehaltene Einschätzung des Allgemeinmediziners vermag ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 30 f.) ■ nicht zu überzeugen. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, worauf die genannten Messwerte des Ellbogens beruhen. So finden sich im Schreiben nämlich keine Hinweise auf die Durchführung eines entsprechenden Testverfahrens. Die entsprechenden Messwerte sind somit nicht nachvollziehbar. Daran vermag auch das weitere Schreiben des Hausarztes vom 5. Juni 2023 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) nichts zu ändern. So wird die darin enthaltene Feststellung, wonach aufgrund des Risses eine höhere Integritätsentschädigung als 20 % erwartet werden könne, nicht näher erläutert. Es kann ihr daher nicht gefolgt werden. Es kommt hinzu, dass das Vorliegen eines Risses durch Dr. med. K. ___ im zeitlich zuvor verfassten Bericht vom 26. Mai 2023 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) verneint wurde. Eine Auseinandersetzung damit ist dem Schreiben vom 5. Juni 2023 nicht zu entnehmen. Insgesamt vermögen somit die weitgehend unbegründeten und in allgemein-abstrakter Weise formulierten Einschätzungen des Hausarztes vom 12. April 2023 nicht zu überzeugen.

11.3 Der nachvollziehbaren und schlüssigen Einschätzung des Kreisarztes folgend, steht dem Beschwerdeführer somit keine Integritätsentschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat den entsprechenden Anspruch des Beschwerdeführers mit Einspracheentscheid vom 12. April 2024 zu Recht abgewiesen.

12. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. April 2024 erweist sich nach dem Gesagten als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

13. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

13.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5 hiervor).

13.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der unentgeltliche Rechtsbeistand, Rechtsanwalt Fabian Meyer, hat am 26. August 2024 (A.S. 74 ff.) eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 9'626.95 unter Berücksichtigung eines Aufwandes von 39.04 Stunden und eines Stundenansatzes von CHF 220.00 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt für den Aufwand ab 1. Januar 2023 CHF 190.00 (s. Entscheid der Gerichtsverwaltungscommission vom 19. Dezember 2022). Bei den in der Kostennote aufgeführten Leistungen während der Zeitspanne vom 1. Juli 2021 bis zum 12. Februar 2024 (total 27.7 Stunden) handelt es sich um vorprozessualen Aufwand, der im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu entschädigen ist. Somit reduziert sich der Aufwand um 27.7 Stunden auf total 11.7 Stunden. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'475.20 festzusetzen (11.7 Stunden zu CHF 190.00 [CHF 2'223.00], zzgl. Auslagenpauschale von 3 % [CHF 66.70] und MwSt von 8.1 % [CHF 185.50]), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren und der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes von CHF 379.40 (Differenz zum vollen Honorar mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 220.00), wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist

(Art. 123 ZPO).

13.3 Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 250.00 (für den Aufwand ab 2023) festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT [kantonaler Gebührentarif, BGS 615.11]), wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tageseit 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

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

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