

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00102

vom 10. April 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-04-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00102 du 10 avril 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00102 del 10 aprile 2024

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1975, ist als Prozessmanager für das Spital Y.____ tätig. Über dieses Arbeitsverhältnis ist er bei der Unfallversicherung der Stadt Zürich (nachfolgend: UVZ) obligatorisch gegen die Folgen von Unfall versichert (Urk. 8/G001).

E. 1.2

Mit Unfallmeldung vom 28. Mai 2020 wurde der UVZ mitgeteilt, der Versicherte sei am 20. Mai 2020 nach einer Vollbremsung wegen eines entgegenkommenden Fahrzeugs vom Velo gestürzt und habe sich an Handgelenk, Ellbogen und Thorax verletzt (Urk. 8/G001). Die Ärzte diagnostizierten betreffend das linke Handgelenk eine dorsal verkippte, distale, intraartikuläre Radiusfraktur und betreffend den rechten Ellbogen eine mässig dislozierte Radiusköpfchenmeisselfraktur (Typ Mason III) sowie ein grosses chondrales Flake am Oberarmköpfchen (bei einem Zustand nach distaler Bizepsstenodese im Jahr 2019, Urk. 8/M003 und 8/M024), welche Verletzungen am 21. Mai 2020 operativ versorgt wurden. Ferner erwähnt wurde eine Kontusion des linken Ellbogens (vgl. Urk. 8/M006 und 8/M003). Ab dem 6. Juli 2020 war der Versicherten wieder voll arbeitsfähig (vgl. Urk. 8/M005 und 8/T003). Am 22. September 2021 wurde das Osteosynthesematerial am linken Handgelenk entfernt (vgl. Urk. 8/M013 und 8/M014) und am 30. Mai 2022 eine Revisionsoperation am rechten Ellbogen (Teilsynovektomie, Entfernung freier Gelenkskörper und überstehender Schrauben, Knorpelglättung, Straffung des Seitenbands) durchgeführt (vgl. Urk. 8/M024). Bei einem weiteren Velounfall am 14. Dezember 2022 erlitt der Versicherte eine nichtdislozierte, leichtgradig eingestauchte Radiuskopffraktur am linken Ellbogen (vgl. Urk. 8/M038).

E. 1.3

Die UVZ erbrachte für das Ereignis vom 20. Mai 2020 die vorübergehenden Leistungen, wobei sie aber mit Verfügung vom 3. Januar 2023 eine Leistungspflicht für Schädigungen im linken Ellbogen mangels natürlicher Kausalität ablehnte (Urk. 8/G066). Gestützt auf die versicherungsinterne Aktenbeurteilung von Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 10. März 2023 (Urk. 8/M042), schloss sie den Fall betreffend das Ereignis vom 20. Mai 2020 schliesslich mit Verfügung vom 16. März 2023 ab und verneinte dabei eine über den 30. November 2022 hinausgehende Leistungspflicht, insbesondere den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Explizit ohne Präjudiz übernahm sie noch die Kosten der im Februar 2023 verordneten neun Physiotherapiesitzungen (Urk. 8/G070). Die vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (Urk. 8/J001) wies die UVZ mit Entscheid vom 10. Mai 2023 ab (Urk. 2).

E. 2

Gegen diesen Entscheid liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Baur, mit Eingabe vom 14. Juni 2023 Beschwerde erheben (Urk. 1; Beilagen Urk. 3/ 4-7). Darin beantragt er, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die UVZ sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbe sondere weiterhin die Heilkosten zu übernehmen. Ferner sei diese zu verpflichten, ihm nach Einstellung der Heilbehandlung drei Serien Physiotherapie pro Jahr und eine Integritätsentschädigung in Höhe von 10 % zu bezahlen; unter Entschä digungsfolgen zu Lasten der UVZ (Urk. 1). Diese schloss in der Beschwerde antwort vom 28. Juni 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

Mit Verfügung vom 7. Juli 2023 ordnete das Gericht einen zweiten Schriften wechsel an (Urk. 9). In der Replik vom 13. November 2023 (Urk. 13; Beilagen Urk.

14/1-4) und der Duplik vom 27. November 2023 (Urk. 18), unter Beilage einer ergänzenden Stellungnahme von Dr. Z.____ (Beilage Urk. 19), hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest. In der Folge reichte der Versicherte mit Eingaben vom 16. Februar 2024 (Urk. 24; Beilage Urk. 25) und 5. März 2024 (Urk. 27; Beilagen Urk. 28/1-2) weitere Stellungnahmen ein, die der UVZ mit Verfügungen vom 22. Februar 2024 (Urk. 26) und 7. März 2024 (Urk. 29) zur Kenntnis gebracht wurden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art.

16

Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art.

18

Abs. 1 UVG) . Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invaliden versicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, die Empfehlung der Behandler zur weiteren Physiotherapie weise noch keine namhafte Besserungsmöglichkeit nach und habe zudem den linken Ellbogen betroffen. Mit Blick auf die Folgen des Unfalls vom 20. Mai 2020 sei der Fallabschluss rechtens gewesen, zumal keine Schmerzen, nur noch ein leichtes Extensionsdefizit sowie längst eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden hätten und die Behandlung abgeschlossen gewesen sei. Die wieder erlangte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Bürotätigkeit sei hierfür ange sichts der Verletzungen an den oberen Extremitäten durchaus entscheidend. Ein e reine Erhaltungstherapie genüge nicht für einen Fallaufschub. Hinsichtlich der Integritätsentschädigung sei zu beachten, dass Behandler erfahrungsgemäss zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Eine radiohumeral betonte Arthrose weise aber auch gemäss Behandler nur wenig Symptome auf; es bestünden denn

auch nur leichte Einschränkungen im Alltag. Die Erheblichkeitsgrenze zur mässigen Arthrose für Ellbogen und Handgelenk, einschliesslich der vorausseh baren Verschlimmerung, werde nicht überschritten. Bei nur leichter Arthrose ohne Schmerzen/Funktionseinschränkungen und nur geringfügigem Extensions defizit bestehe kein Anspruch. Zweifel an der Beurteilung oder Glaubwürdigkeit von Dr. Z.____, der sich umfassend mit dem Fall befasst und sich auch zu den im Prozess eingereichten Arztberichten geäussert habe, bestünden nicht (vgl. Urk. 2 S. 5 f.; Urk. 7 lit . f-p; Urk. 18).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, gemäss den Behandlungspersonen benötige er weiterhin Physiotherapie und andere Behandlungen (Infiltration Ellbo gengelenk, Arthroskopie TFCC-Problematik). Damit könnten seine Beschwer den verbessert und hernach die posttraumatische Arthrose behandelt werden. Bis Mai 2023 sei die Physiotherapie für den linken Ellbogen sowieso fortgeführt worden (vgl. Urk. 1 S. 4 f.: Urk. 13 S. 3; Urk. 24 S. 3). Bei Schreibtischarbeit sei die Arbeitsfähigkeit praktisch nie beeinträchtigt und daher die Behandlungsbedürftigkeit massgebend (vgl. Urk. 13 S. 2; Urk. 24 S. 2 f.). Aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit und schweren posttraumatischen Arthrose des rechten Ellbogens sei gemäss den Behandlern eine Integritäts entschädigung von 10 % geschuldet. Zur Arthrose habe sich Dr. Z.____ gar nicht geäussert und selbst auch keine anderslautenden Befunde erhoben (vgl.

Urk. 1 S. 6; Urk. 13 S. 3; Urk. 24 S. 3). Ungeklärt seien Fallabschluss und Integrationsentschädigung mit Bezug auf das Handgelenk, wo sich vermehrt Flüssigkeit finde und sich offenbar ein Ganglion gebildet habe (vgl. Urk. 1 S. 7).

E. 3.1

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorüber gehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungs massnahmen der Invalidenversicherung – welche vorliegend nie zur Diskussion standen – abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_ 527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 3.2

Mit dem Fallabschluss fallen die vorübergehenden Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld somit dahin. Nach Festsetzung der Rente werden dem Bezüger gemäss Art. 21 Abs. 1 UVG die Pflegeleistungen und Kosten vergütungen (Art. 10-13) nur unter besonderen Voraussetzungen gewährt. Im dazwischen liegenden Bereich, wenn einerseits von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG mehr erwartet werden kann und andererseits die Voraussetzungen von Art. 21 Abs. 1 UVG nicht erfüllt sind, hat der Unfallversicherer keine Heilbehandlung mehr zu übernehmen; an seine Stelle tritt der obligatorische Krankenpflegeversicherer (vgl. BGE 144 V 418 E. 2.2) .

E. 3.3

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeits fähigkeit, soweit diese

unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4.1.2 und 8C_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 3.4

Da die Heilbehandlung gemäss Art. 10 UVG eine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit, nicht aber eine Arbeitsunfähigkeit voraussetzt, vermag die trotz des Unfalles uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit allein ein Dahinfallen des Anspruchs auf Heilbehandlung nicht zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_354/2014 vom 10. Juli 2014 E. 3.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2020 vom 3. Februar 2021 E. 2.4 mit Hinweisen). Dabei fehlt es an einem sachlichen Grund, der es rechtfertigen würde, mit der Beschwerdegegnerin danach zu unterscheiden, ob die versicherte Person trotz Unfall weiterhin voll arbeitsfähig oder aber zunächst unfallbedingt (teilweise) arbeitsunfähig war. Die volle Arbeitsfähigkeit – unabhängig davon, ob diese von Anfang an bestand oder erst mit der Zeit erreicht wurde – schliesst nicht per se aus, dass die versicherte Person unfallbedingt im Alltag dennoch massgeblich eingeschränkt und damit behandlungsbedürftig im Sinne von Art. 10 UVG ist.

E. 4.1

Im hier zu beurteilenden Fall gestaltet sich die Ausgangslage wie folgt: Der Unfallversicherer kann die vorübergehenden Leistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund mit Wirkung für die Zukunft (« ex nunc et pro futuro ») einstellen. Eine Einstellung ist auch rückwirkend möglich, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2023

vom 16. August 2023 E. 2.2). Vorliegend erfolgte der Fallabschluss per 30. November 2022 mit Verfügung vom 16. März 2023 und unter unpräjudiziellem Vorbehalt einer damals bereits angeordneten Serie Physiotherapie (Urk. 8/G070). Zuvor erbrachte Leistungen wurde seitens der Beschwerdegegnerin keine zurückgefordert.

E. 4.2

Es ist alsdann unbestritten und belegt, dass der Beschwerdeführer nur in den ersten Monaten nach dem Unfall und später noch während der kurzen Rekonvaleszenz nach den Operationen vom 22. September 2021 und 30. Mai 2022 in seiner Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit eingeschränkt war. Ende November 2022 übte er seine angestammte Bürotätigkeit längstens wieder vollzeitig aus (vgl. Sachverhalt E. 1; Urk. 8/T011 und 8/T013). Ein Aufschub des Fallabschlusses unter dem Aspekt einer noch möglichen

Steigerung der Arbeitsfähigkeit ab Ende November 2022 fällt daher von vornherein ausser Betracht. Ebenfalls auszuschliessen ist, dass bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids ein Rentenanspruch entstanden ist. Ein solcher würde nämlich eine unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit voraussetzen, die zu einer Erwerbseinbusse entsprechend einem Invaliditätsgrad von mindestens 10 % führt (vgl. E. 1).

E. 4.3

Im Übrigen sind sich die Parteien auch darin einig, dass der angefochtene Entscheid einzig die Folgen des Unfalls vom 20. Mai 2020 zum Gegenstand hat und jenes Ereignis nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit all fälligen, anspruchrelevanten Beschwerden am linken Ellbogen steht (vgl. Urk. 1 S. 7; Urk. 7 lit. d). Die entsprechende Verfügung vom 3. Januar 2023 blieb denn auch unangefochten (vgl. Urk. 8/G066).

E. 4.4

Für die weitere Heilbehandlungen des Beschwerdeführers trifft die Beschwerdegegnerin also nur dann eine Leistungspflicht aus dem Unfall vom 20. Mai 2020, wenn am 30. November 2022 hinsichtlich der durch das genannte Ereignis bedingten Beschwerden am linken Handgelenk und rechten Ellbogen noch eine Behandlungsbedürftigkeit bestand und es Therapieoptionen gab, die künftig eine (objektiv) ins Gewicht fallende Beschwerdebesserung erwarten liessen, so dass sich ein Aufschub des Fallabschlusses rechtfertigte.

Für die nach einem rechtmässig erfolgten Fallabschluss anfallenden Heilkosten wird sich der Anspruch des Beschwerdeführers bis auf Weiteres nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) gegen den Krankenversicherer richten. So erfüllt der voll arbeitsfähige Beschwerdeführer die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nicht, während der Unfallversicherer die Heilbehandlung gestützt auf Art. 21 Abs. 1 UVG nach dem Fallabschluss nur für die «Bezüger» einer Rente zu übernehmen hat (und auch für diese nur, soweit eine der in der Bestimmung genannten besonderen Voraussetzungen erfüllt ist).

E. 5

4.3

Eine Bildgebung wurde erst am 28. Oktober 2022 durchgeführt. Die Beurteilung lautete: zentrale Kontinuitätsunterbrechung des TFCC, Erguss und leichtgradige Synovitis im distalen Radioulnargelenk (DRUG), signalalterierte und lokal verdickte extensor

carpi -Sehne (ECU) mit vermehrte r Flüssigkeit in der Sehnen scheid e wie auch im 4. Strecksehnenfach (differentialdiagnostisch Tendovaginitis ev. mit leichter Partialruptur) und ein Handgelenksganglion zwischen Os lunatum und Os capitatum (vgl. Urk. 8/M034).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Fallabschluss per 30. November 2022 auf die versicherungsinterne Aktenbeurteilungen von Dr. Z. ____ . Er hielt am 10. März 2023 fest, der Endzustand betreffend den Schaden aus dem Jahr 2020 sei am 30. November 2022 erreicht gewesen, d.h. sechs Monate nach der Operation am rechten Ellbogen (vgl. Urk. 8/M042/4 f.).

In der im laufenden Prozess verfassten Stellungnahme vom 27. November 2023 erklärte er nach Einsicht in die seither aufgelegten Arztberichte, an der Beurteilung vom 10. März

2023 festzuhalten. Das bestmögliche Ergebnis durch Anpassung und Angewöhnung sei erreicht, und es könne davon ausgegangen werden, dass die natürliche Reparation und das Remodelling abgeschlossen seien. Eine mögliche Besserung durch die weitere Heilbehandlung falle nicht ins Gewicht. Übungen zum Erhalt der Beweglichkeit seien mehr als drei Jahre nach dem Ereignis hinlänglich bekannt und leicht in eigener Regie ausführbar. Der Endzustand sei erreicht. Die intraartikulären Injektionen mit Hyaluron oder körpereigenen Stammzellen in das Ellbogengelenk würden dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit die n en (vgl. Urk. 19).

E. 5.2

(mit Bezug auf vergleichbar

ge wertete Femorotibialarthrose) sinngemäss fest , dass [selbst] bei einer leichten bis mässigen Arthrose noch kein zu entschädigender Schweregrad der Einbusse vorliege, wobei mit dem an der unteren Grenze angesiedelten Integritätsschaden von 5 % [diesfalls] die voraus sehbare Verschlimmerung des Beschwerdebildes in Richtung einer mässigen Arthrose bereits angemessen berücksichtigt w ü rde . Nur wenn bei der erstmaligen Beurteilung bereits eine mässige Arthrose mit wahrscheinlich verschlechternder Tendenz festgestellt werde, ohne dass die Schwere bereits voraussehbar bzw. eine Bezifferung möglich wäre, komme eine Entschädigung im mittleren Bereich von 10 % zur Anwendung .

E. 5.3

Wie den Akten zu entnehmen ist, erachtete Dr. med. A.____ , Facharzt für Chirurgie, im Zentrum B.____ ,

bereits im Rahmen der Jahreskontrolle keine weiteren Massnahmen für indiziert. Dazu erörterte er im Bericht vom 20. Juli 2021, i m Alltag bestünden keine schweren Einschränkungen (z.B. Fahrradfahren möglich) . Bei guter Handbeweglichkeit und noch leicht ziehenden Schmerzen dorsal bei forcierter Palmar Flexion sei die Handgelenksverletzung gut verheilt. Die Hyposensibilität sei auf eine Verletzung des Musuclus

cutaneus

antebrachii nach der Bizepssehnen- Reinsertion vor zwei Jahren zurückzuführen. Im Bereich des rechten Ellbogens bestehe ein leichtes Extensionsdefizit (aktiv 10°, passiv 5 °) .

Axiale Belastungen in Streckstellung seien nach wie vor schmerzhaft, so dass der Beschwerdeführer das Krafttraining nicht im gewünschten Mass habe aufnehmen können. In Beugung könne aber besser belastet flektiert werden.

Im Bereich des Ellbogens bestünden noch Restbeschwerden, die gut vereinbar seien mit dem Knorpelschaden und einer leichten posttraumatischen Arthrose. Es sei anzunehmen, dass in Streckstellung eine verminderte axiale Belastbarkeit bestehen bleibe (vgl. Urk. 8/ M011) .

E. 5.4

.5

Erst n ach der Beschwerdeerhebung

suchte der Beschwerdeführer Dr. med. E.____ , Facharzt für Handchirurgie und Allgemein Chirurgie, in der Chirurgie F.____ , auf. Dieser beschrieb

weder neue

noch veränderte, auf das Ereignis vom 20. Mai 2020 zurückzuführende Befunde bzw. Beschwerden. Im Bericht vom 4.

Juli 2023 (vgl. Urk. 14/1) hielt er vielmehr fest, nach der Metallentfernung hätten ulno -karpale Handgelenksschmerzen persistiert, was MR-tomographisch bereits als TFCC-Läsion zentral diagnostiziert worden sei. Es bestünden eine Druckdolenz und ein positiver stylotriquetraler

Impingement -Test bei [aber] noch stabilem DRUG und [auch] nur mässig instabiler ECU. In den Vordergrund der Untersuchung rückte

ein deutliches Tinnel -Phänomen entlang des Nervus

ulnaris und eine leichte Sensibilitätsminderung in dessen Versorgungsgebiet (ohne motorische Schädigung):

Es sei eine elektrophysiologisch-neurologische Beurteilung der Stammnerven durchzuführen, um eine mögliche Ulnaris -Komponente zu demaskieren ; ansonsten sei eine Handgelenks-Arthroskopie (Debridement, Synovektomie , allenfalls mit Refixation ulnarseitig) zu indizieren .

Mit Verlaufsbericht vom 16.

Januar 2024

ersuchte Dr. E. ____

den Hausarzt , eine konservative Methode für den linken Arm zu besprechen , da bei momentan bestehender Oligosymptomatik der weitere Verlauf abgewartet werde . Dazu erörterte er , es bestehe eine traumabedingte TFCC-Problematik mit ulno -karpalen Schmerzen links bei Maximalrotation. Nach der Infiltration mit Ostenil

[wobei eine solche nur für den rechten Arm dokumentiert ist, vgl. Urk.

14/3] zeige sich eine mässige Problematik mit leicht reduziertem Leidensdruck.

Höchstwahrscheinlich müsse das TFCC revidiert werden. Krankheitsbedingt anstehend seien Retinakulum -Spaltungen beidseits; die Messwerte am Karpaltunnel seien eindeutig und bedürften eines operativen Vorgehens. Bezüglich der Stammnerven- Kompression der Nervi

ulnaris und medianus beidseits bestehe ein mehr oder weniger stabiler Verlauf und mit Nachtlagerungs-Schienen Beschwerdearmut. Krankheitsbedingt stehe wahrscheinlich auch eine Dekompression des Nervus

ulnaris im Sulcus -Bereich links an

(vgl. Urk. 28/1).

Der Fokus der Behandlung ab Juli 2023 lag somit auf einem krankhaften Geschehen. Eine aktuelle Indikation zur Operation wurde einzig hinsichtlich des Karpaltunnelsyndroms beidseits gestellt , die gesamte Symptomatik letztlich jedoch als zu geringfügig für eine fachärztliche Weiterbehandlung eingestuft.

E. 5.4.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, definierte im Bericht der D.____ vom 16. November 2022 die Schädigung der artikulären Struktur von Os lunatum und Os capitatum, die Läsion des TFCC sowie die begleitende Aktivierung der Extensorensehne mit erkennbarer Teilläsion als Unfallfolge n; letztere sei allenfalls als sekundäre Aktivierung im Rahmen des unfallgeschädigten Handgelenks zu begründen.

Behandlungsmöglichkeiten seien Physiotherapie, Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), extrazelluläre Matrix (ECM)/Mikronährstoffe sowie optional interventionelle Massnahmen. Als Option mit guter Aussicht auf die Wiederherstellung der Gewebefunktion / strukturelle Wiederherstellung empfehle er eine orthobiologische Massnahme. Für die einmalig vorgesehene Behandlung mit Platelet Rich Plasma (PRP/PRGF) und Hyaluronsäure in interventioneller Applikation falle ein Betrag von Fr. 800.-- an, den der Versicherer nicht übernehme. Um die Anwendung einmalig zu limitieren, empfehle er gleichzeitig fünf Anwendungen der PhotoBioModulation (PBM/ LLLT)/ PainLaser (NIR 815 nm, IR 660nm; vgl. Urk. 8/M035).

Im Verlaufsbericht vom

E. 5.4.6

Gemäss Bericht des Hausarztes vom 16. Februar 2024

nahm der Beschwerdeführer in der Folge vier Akkupunkturbehandlungen wegen immer wieder störenden Schmerzen im Handgelenk, aber auch im Alltag störenden Dysästhesien im Bereich Hypothekar bis Fingerspitzen Dig. IV-V wahr. Bei Verbesserung der Beschwerden sei die Therapie gestoppt worden. Es bestünden noch Dysästhesien, die abhängig vom Spontanheilungsverlauf erneut behandelt werden könnten (vgl. Urk. 28/2). Auch daraus lässt sich keine – wenn schon nicht mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, so zumindest mit Bezug auf den Alltag – relevante funktionelle Einschränkung ableiten, so dass eine massgebliche gesundheitliche Besserung von vornherein nicht möglich ist.

E. 5.5.1

Zusammenfassend ist mit den zitierten Berichten

weder prognostisch noch retrospektiv eine über den 30. November 2022 hinaus bestehende Behandlungsbedürftigkeit der Beschwerden am

linken Handgelenk ausgewiesen, die einen weiteren Aufschub des Fallabschluss rechtfertigen würde.

Die Schmerzen wurden stets als nur gelegentlich auftretend (nämlich in Maximalrotation) und bloss leicht

beschrieben, der leicht eingeschränkten Beweglichkeit wurde keine funktionelle Bedeutung beigemessen und die Beschwerden insgesamt weder in Beruf noch Alltag als relevant bezeichnet.

Der entsprechend geringe Leidensdruck schlug sich auch behandlungsanamnestisch – mit verzögerter Bildgebung und niederschwelliger Therapie – nieder.

Das den umschriebenen geringfügigen Beschwerden immanente kleine Potential für eine Verbesserung des Gesundheitszustands war somit von vornherein nicht geeignet, um eine namhafte gesundheitliche Besserung im Sinne von Art. 19 UVG zu begründen, selbst wenn

sie erfolgreich behandelt werden könnten.

E. 5.5.2

Daran ändert auch die wohlwollende Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 27. November 2022

nichts . Damals führte er aus, eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes sei noch mit Bezug auf das linke Handgelenk zu erwarten . Aufgrund der erst kurz zuvor diagnostizierten TFCC-Läsion befürwortete

er

entgegenkommend

« Physio , Condrosulf 800 1x1 und NSAR für drei Monate»

und empfahl alternativ gar die Kosten für eine an sich nicht leistungspflichtige (und damit auch keine Behandlungsbedürftigkeit im Sinne des UVG begründende) PRP-Behandlung zu übernehmen . Keine Evidenz sah er für eine Laser-Therapie (vgl. Urk. 8/M037).

Ohnehin wurde keiner dieser Therapieansätze während der Behandlung durch Dr. C.____ konsequent verfolgt und in diesem Sinne für nötig befunden . Der von Dr. Z.____ als relevant angenommene Behandlungserfolg konnte sich somit voraussehbar gar nicht einstellen und der Endzustand wurde deshalb zutreffend per Ende November 2022 angenommen. Darüber hinaus übernahm die Beschwerdegegnerin sowieso auch die Kosten der im Februar 2023 verordnete n Physiotherapie, wenn auch explizit unpräjudiziell . 5. 6 5. 6 .1

Bezüglich des rechten Ellbogen gelenks zeigte sich gemäss Bericht der Universitätsklinik G.____ vom 10. März 2022

ein zufriedenstellender Verlauf.

Der Beschwerdeführer habe keine Schmerzen und lediglich ein Extensionsdefizit von 5°. Störend sei ein deutliches Knirschen und Knacksen, das ihn vor allem bei sportlichen Tätigkeiten einschränke. Erfreulicherweise bestünden bei fortgeschrittener posttraumatischer Ellbogenarthrose weder Schmerzen noch Bewegungseinschränkungen . Als Optionen genannt wurden: die Situation akzeptieren , die konservativen Massnahmen ausschöpfen (z.B. Infiltration, Eigenblut- oder Physio therapie) oder operieren (Entfernung der [ins Gelenk ragenden] Schrauben, Abtragung der Osteophyten). Abgeraten wurde von einer Resektion des Radius köpfchen mit der Begründung, man erwarte dabei eine Verschlechterung der Gelenkskinematik bzw. der Stabilität (vgl. Urk.

8/M016) .

Gemäss Bericht der Klinik H.____ vom 11. April 2022 stellte sich der Beschwerdeführer dort für eine Zweitmeinung vor . Diese lautete, man sehe ebenso einen Schraubenüberstand als mögliche Ursache für eine Reizung des Kubital gelenks ; dennoch liege eine ubiquitäre Schmerzsymptomatik vor, die gegebenenfalls auch auf die Sekundärarthrose zurückzuführen sei. Vor einem Eingriff sei deshalb eine Infiltration durchzuführen (vgl. Urk. 8/M017).

Dieses Vorgehen befürwortete am 15. April 2022 auch Dr. Z.____ (vgl. Urk. 8/M018).

Gleich eingeschätzt wurde die Situation von Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Bericht der Klinik J.____ vom 28. April 2022. Der Beschwerdeführer komme mit dem rechten Ellbogen im Alltag soweit zurecht, merke jedoch bei Mehrbelastung Schmerzen und Geräusche, die ihn zunehmend stören würden. Dementsprechend sei ihm eine konservative Therapie (Infiltration, Physiotherapie) vorgeschlagen worden. Operativ sei eine offene Revision (Entfernung der überlangen Schrauben, Entfernung von Narbengewebe, Knorpelglättung und allenfalls Knorpeltherapie [Knorpelchips, Eigenblut, Mikrofrakturierung]) vorgeschlagen worden

(vgl. Urk. 8/M019).

Dr. A.____

merkte am 2. Mai 2022 an, er sei nicht sicher, ob die überstehende Schraube wirklich symptomatisch sei, da an der Ulna gegenseitig keinerlei Reaktion zu sehen sei, so dass die Schraubenspitze wohl von Knorpel überdeckt sei. Er verstehe aber das Bedürfnis zu versuchen, ein gesundes Gelenk zu erhalten; in diesem Sinne unterstütze er eine Knorpeltherapie (vgl. Urk. 8/M020).

5.6.2

Da der Beschwerdeführer der Auffassung war, eine Infiltration löse das Problem nicht, entschied er sich für eine Operation (vgl. Urk. 8/M019). Der Eingriff erfolgte am 30. Mai 2022. Gemäss Dr. I.____ waren nach Entfernen der beiden Schrauben und eines losen Knorpelstücks sowohl das Knirschen als auch das Extensionsdefizit weg. Auf eine Knorpeltherapie habe man verzichtet, da keine Blutgewinnung möglich gewesen sei (vgl. Urk. 8/M024). Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos (vgl. Urk. 8/M025). Am 17.

November 2022 schloss Dr. I.____ die Behandlung ab: Es gehe dem Beschwerdeführer deutlich besser. Dieser sei nochmals darauf hingewiesen worden, dass er einen erheblichen Knorpelschaden am rechten Ellbogen habe, entsprechend könnten im weiteren Verlauf Schmerzen wegen Arthrose zunehmen

(vgl. Urk. 8/M036). 5.6.3

Nichts anderes ergibt sich aus den nachfolgenden, bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids verfassten medizinischen Berichten. Gemäss Bericht der Klinik H.____ vom 3. Januar 2023 wurde das rechte Ellbogengelenk auf Wunsch des Beschwerdeführers [zusätzlich zum linken] auch radiologisch abgeklärt und festgehalten, man sehe keine Möglichkeit, die Situation zu verbessern. Man könne nur empfehlen, keine belastenden Aktivitäten durchzuführen. Es sei sicherlich mit einer möglichen Progression einer radiohumeral betonten Arthrose zu rechnen, wobei diese in der Regel sehr oligosymptomatisch sei (vgl. Urk. M038).

Dr. C.____

postulierte am 8. Februar 2023 eine noch relevante Limitation der Gelenkbeweglichkeit am rechten Ellbogengelenk (Extension/Flexion 15-0-130° rechts führend gegenüber 5-0-145° links), aktuell allerdings mit ausreichender ADL (activities

of

daily

living) - Funktion. «Immer wieder» eine Kontrolle in der Physiotherapie und unterstützende Massnahmen (Kapselrelease/ Manualmedizin) seien zu empfehlen und [explizit] für den Erhalt der Armfunktion von Bedeutung. Bei Entwicklung einer posttraumatischen Arthrose mit Knorpeldefekt sei auch die Frage der ergänzenden Mikronährstoffe und Vitaminsupplementation besprochen worden (vgl. Urk.

8/M039 bzw. Urk. 3/4 mit fraglichen Korrekturen).

Im Bericht zur [damit zusammenhängenden] Physiotherapie vom 22. Februar 2023 wurde ein stabiler ADL-Zustand ohne Schmerzen bestätigt. Einzig für schwere Aktivitäten (Hobbies/Sport, schwerere und High-velocity-ADL-Aktivitäten) wurde die Belastbarkeit physiotherapeutisch als «noch nicht» ausreichend beurteilt und auch auf einen merklichen Rückgang des Range of

Motion (ROM) bei längerer Therapiepause hingewiesen (vgl. Urk. 8/M040).

In seiner Stellungnahme zur Integritätsentschädigung

vom 19. April 2023 bestätigte Dr. I. ___ im Einklang mit diesen Beurteilungen nochmals eine entschädigungspflichtige [und damit dauerhafte]

leichte Einschränkung der Beweglichkeit am Ellbogen rechts. Es sei klar, dass der Beschwerdeführer weiter knorpelunterstützende Medikamente nehmen müsse, um die Abnutzung zu verlangsamen, dass er das Gelenk schonen

und keine schweren Belastungen durchführen sollte und gelegentlich

noch Physiotherapie genutzt werden könne (vgl. Urk. 8/M045).

Er empfahl

also die gleichen (unbefristeten) Massnahmen wie die

anderen Ärzte, die den gegenwärtigen Zustand des Gelenks möglichst lange erhalten sollten. Eine künftig merklich bessere Beweglichkeit oder höhere Belastbarkeit

des rechten Ellbogengelenks durch weitere Therapiemassnahmen war

weder für ihn noch die anderen seit Abschluss der Behandlung im November 2022 konsultierten Ärzte ein Thema. 5.6.4

Nach Erlass des angefochtenen Entscheids stellte sich der Beschwerdeführer im Juni 2023 im K. ___ vor. Klinisch wurde

bezüglich des rechten Ellbogens neben einer leichten Druckdolenz eine – etwas eingeschränktere – Flexion/Extension von 125/10/0° festgestellt.

Hierzu ist anzumerken, dass bei längeren Therapiepausen bereits früher physiotherapeutisch eine Verschlechterung beobachtet worden war (vgl. E. 5.6.3).

Im Röntgenbild fand sich die bekannte posttraumatische Arthrose, vor allem humeroradial. Wie schon die zuvor konsultierten Ärzte schlussfolgerten die Fachärzte für Orthopädie und Traumatologie des K. ___

in der Beurteilung vom 3. Juli 2023,

es könnten Infiltrationen mit Hyaluronsäure oder Eigenblut angeboten werden, wofür sich der Beschwerdeführer bei Bedarf

melde. Zu empfehlen sei die Einnahme chondroprotektiver Medikamente. Physiotherapeutisch könne

[bloss] « versucht » werden, das Bewegungsdefizit weiter zu verbessern und einen Aufbau der umgebenden Muskulatur durchzuführen. Sollten die konservativen Massnahmen nicht befriedigend verlaufen,

sei der Knorpelschaden nochmals mittels MRI zu evaluieren. Da die Arthrose vor allem humeroradial bestehe, käme dann allenfalls die Implantation einer Radiusköpfchenprothese in Frage (vgl. Urk.

14/4).

Gemäss Verlaufsbericht vom 5. September 2023

nahm der Beschwerdeführer hierauf orale Biologika

ein

und besuchte

wieder - in relativ weiten Abständen – eine Physiotherapie. Dadurch konnte die

Situation verbessert, aber [weiterhin]

nicht normalisiert werden. Deshalb

hatte er sich entschieden, auch eine intraartikuläre Visko-Supplementation (Ostenil) durchführen zu lassen. In vier Wochen werde entschieden, ob eine zweite Infiltration nötig sei (vgl. Urk. 14/3).

Nach dem bereits in E. 5.4.4 Ausgeführten kann es für einen Fallaufschub indessen nicht genügen, dass der Beschwerdeführer nach der Therapiepause von der Physiotherapie wieder etwas profitieren konnte.

Wie erwähnt suchte der Beschwerdeführer im Juni 2023 auch

Dr. med. E. ___ auf. Dieser berichtete am 4. Juli 2023,

dass bezüglich des rechten Ellbogens

aufgrund einer früh-posttraumatischen Arthrose bei schwerer Knorpelschädigung Beschwerden am radio-humeralen Gelenk persistieren würden. Bisher seien Infiltrationsbehandlungen (Hyaluronsäure) und andere konservativ interventionelle Massnahmen durchgeführt worden, was die Beschwerden einigermaßen stabil halte, aber die Belastbarkeit des rechten Ellbogens sei deutlich eingeschränkt. Klinisch fanden sich Krepitationen bei Pro- und Supinationsbewegungen sowie eine inkomplette Streckung des rechten Ellbogens. Es könne sicher mit den interventionellen Massnahmen fortgefahren werden; im weiteren Verlauf empfehle er aber eine definitive Sanierung der frühposttraumatischen Arthrose im Sinne einer Hemi-Arthroplastik mit einer Radiusköpfchenprothese (vgl. Urk. 14/1). Damit bestätigte Dr. E. ___, dass die konservativen Massnahmen nicht zu einer

gesundheitlichen Besserung geführt hätte n und auch nicht führen würden, derzeit aber die angemessene Therapie darstell t en . Daran ändert nichts, dass er – als einziger der Fachärzte – bereits heute die Implantation einer Radiusköpfchenprothese in der (nicht näher definierten) Zukunft klar befür wortet e.

E. 5.7

Zusammenfassend

wurde die Behandlung nach der letzten Operation am rechten Ellbogen Ende November 20 22 abgeschlossen. Die ärztlichen Beurteilungen können hernach als einhellig bezeichnet werden. Keiner der Fachärzte stellte dem Beschwerdeführer seit November 20 22 in Aussicht, dass sich die Beweglichkeit und Belastbarkeit noch über das damals bereits erreichte Mass hinaus deutlich verbessern oder gar normalisieren würde. Alle

befürworteten zwar konservative Massnahmen und das Vermeiden schwerer Aktivitäten aber einzig mit dem Ziel , den gegenwärtigen Zustand des rechten Ellbogengelenks

bzw. die ausreichende ADL-Funktion stabil z u halten und das Fortschreiten der Arthrose zu verzögern. Therapiepausen führten denn auch aktenkundig zu einer Abnahme des Bewe gungs umfangs. Eine klare medizinische Indikation, das Radiusköpfchen durch eine Prothese zu ersetzen, wurde bis heute nicht gestellt. Dass die Beschwer den/Einschränkung inzwischen tatsächlich gebessert hätten, wurde selbst vom Beschwerdeführer

nicht behauptet. Anhand der Akten bestehen somit keine Zweifel daran, dass der Endzustand am 30. November 2022 prognostisch wie

retrospektiv betrachtet erreicht war.

E. 5.8

Was der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit den Berichte n seiner Behand ler vorbrachte, vermag somit nicht die geringsten Zweifel an der versiche rungsinternen Beurteilung von Dr. Z.____ zu wecken.

Der Fallabschluss per 30.

November 2022 erweist sich somit als rechtens. 6. 6.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ange messene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde, erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Deren Bemessung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens, die sich wiederum nach dem medizinischen Befund beurteilt. Bei gleichem medizinische m Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen.

Es kann also von vorherein nicht berücksichtigt werden, dass der Beschwerdeführer die einge schränkte Sportfähigkeit etwa beim Krafttraining im Vergleich zu anderen Versicherten allenfalls besonders einschneidend erlebt. Die von der Suva in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala gemäss Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) erarbeiteten Feinrastrer in tabellarischer Form enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleistet werden soll

(Urteil des Bundesgerichts 8C_658/2020 vom 14. Januar 2021 E. 2.2 mit Hinweisen; ferner Urteil des Bundesgerichts 8C_316/2022, 8C_330/2022 vom 31. Januar 2023 E. 6.1.1). 6.2

Gemäss Art. 36 Abs. 4 UVV müssen voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt werden (Satz 1). Revisionen sind nur in Ausnahmefällen möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Satz 2). Eine voraussehbare Verschlimmerung liegt vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung der Integritätsentschädigung eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert und damit auch geschätzt werden kann. Nicht voraussehbare Verschlechterungen können naturgemäss nicht im Voraus berücksichtigt werden. Entwickelt sich der Gesundheitsschaden also im Rahmen der ursprünglichen Prognose, ist die Revision einer einmal zugesprochenen Integritätsentschädigung ausgeschlossen. Hingegen kann die se neu festgelegt werden, wenn sich der Integritätsschaden später bedeutend stärker als prognostiziert verschlimmert (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_360/2023 vom 6. Februar 2024 E. 2.2 und 8C_746/2022 vom 18. Oktober 2023 E. 2.2, je mit Hinweisen). 6.3

Die Suva -Tabelle 1, welche den « Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten » auflistet, sieht einen Wert von 10 % vor, wenn der Ellbogen in folgendem Umfang beweglich ist: 0-30-90° oder 0-90-135°. Die Aufhebung der Supination oder Pronation des Vorderarms entspricht ebenfalls diesem Wert. Bezüglich der Hand werden nur im Falle der Versteifung oder Arthrodese Entschädigungen befürwortet.

Der

« Integritätsschaden bei Arthrosen »

ist in Suva-Tabelle 5 aufgelistet. Für die Ellbogen-Arthrose ist ein Integritätsschaden von 5-10 % für eine mässige und von 10-25 % für eine schwere Arthrose sowie von 25 % für eine Gelenkresektion/Arthrodese vorgesehen.

Beim Radiusköpfchen betragen die Ansätze 5

% für eine mässige Arthrose , 10 % für eine schwere Arthrose und 7.5 % für

eine Resektion / Arthrodese . Bezüglich der Handgelenk-Arthrose sind 5–10 % für eine mässige und 10–25 % für eine schwere Arthrose vorgesehen. Der Wert für eine Arthrodese beträgt 15 % . Leichte Arthrosen begründen – wie übrigens auch leichte Gelenkinstabilitäten gemäss Suva-Tabelle 6 –

generell keine Entschädigungspflicht. Bei Endoprothesen ist auf den unkorrigierten Zustand abzustellen, d.h. auf den Schweregrad der Arthrose vor Prothesenimplantation.

Nicht massgebend ist das (subjektive) Schmerzempfinden. Die Suva-Tabellen 1 und 5 weisen keine diesbezügliche Abstufung aus, wie das etwa bei der Suva-Tabelle 7 «Integritätsschaden bei Wirbelsäulenaaffektionen» der Fall ist. Die mit dem Schweregrad der Arthrose zunehmenden Schmerzen sind mit dem dafür vorgesehenen Prozentsatz bereits abgegolten (vgl. dazu die Überlegungen des Bundesgerichts zu den Schmerzen, welche mit Funktionsstörungen der Schulter verbundenen sind im Urteil 8C_756/2019 vom 11. Februar 2020 E. 4.3) . Gleiches gilt im Übrigen für ein störendes Knirschen, Knacksen bzw. Krepitationen , die nicht als entschädigungspflichtig gelten. 7. 7.1

Dr. Z.____

führte in seiner Beurteilung vom 10. März 2023 aus, der Status quo [ante]

könne nicht mehr erreicht werden. Aktuell und in vorhersehbarer Zeit werde die Erheblichkeitsgrenze zur mässigen Ellbogengelenksarthrose rechts oder Handgelenksarthrose links nicht überschritten

(vgl. Urk. 8/M042).

In seiner Stellungnahme vom 27.

November 2023 fügte er an, dass eine leichte Bewegungseinschränkung zudem keinen Integritätsschaden nach der Suva- Tabelle 1 zu begründen vermöge: Beim Beschwerdeführer

liege weder eine Versteifung im Gelenk vor, noch habe ein Streckdefizit von mindestens 30

° oder gar 90

°

bestanden. Ein solches sei in vorhersehbarer Zeit auch nicht zu erwarten. So würde dies dem Zustand einer schwersten Ellbogenarthrose entsprechen, die aufgrund der stattgehabten Radiusköpfchenfraktur erfreulicherweise nicht zu erwarten sei (vgl. Urk.

19 S. 3). Noch am 4. September 2023 habe am rechten Ellbogen bildgebend objektivierbar eine beginnende leichte Arthrose mit einer leichten Bewegungseinschränkung bestanden. Die Erheblichkeitsgrenzen der Suva-Tabellen 1 und 5 würden somit nicht überschritten (vgl. Urk. 19 S. 4). 7.2

Dem Beschwerdeführer ist zwar beizupflichten, dass die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, nicht dahingehend missverstanden werden darf, dass Berichten von behandelnden Ärzten in jedem Fall zu misstrauen ist und ihnen von vornherein ohne nähere Begründung jegliche Glaubwürdigkeit abzuspreehen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom 7. Januar 2022 E. 7.2) . Indessen vermag vorliegend keiner der behandelnden Ärzte anhand des medizinischen Befunds und der Suva-Tabellen überzeugend einen entschädigungspflichtigen Integritätsschaden darzutun. 7.3

Im CT des rechten Ellbogens vom 9. März 2022 war von einer «beginnenden» posttraumatischen Arthrose im humeroradialen Gelenk und «mässigen» Degenerationen humeroulnar die Rede. Dass die Ärzte der Universitätsklinik G.____ gestützt hierauf am Folgetag berichteten, radiologisch bestehe eine «fortgeschrittene» posttraumatische Ellbogenarthrose ohne Schmerzen und ohne Bewegungseinschränkungen (vgl. Urk. 3/6), lässt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keineswegs auf eine schwere Arthrose schliessen.

Die Fachärzte des K.____ hielten in der vom Beschwerdeführer aufgelegten Stellungnahme vom 3. Juli 2023 fest, dass aufgrund des bestehenden Bewegungsdefizits ein Integritätsschaden von 10 % bestehe, wobei sie die Flexion/Extension des rechten Ellbogens mit 125/10/0° angaben und gleichzeitig erklärten, dass sich eine solche Entschädigung auch im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung rechtfertige (vgl. Urk. 14/4). Der effektiv am Ellbogen verbliebene Bewegungsradius war somit drei Jahre nach dem Unfall nicht ansatzweise so stark eingeschränkt, wie er gemäss Suva-Tabelle 1 sein müsste, um eine Entschädigungspflicht zu begründen. Wie vorstehend dargelegt, erwies sich die Situation unter konservativen Massnahmen zudem bis anhin als stabil. Es fällt

daher vielmehr auf, dass man sich in diesem Bericht zwar nicht explizit zum Schweregrad der posttraumatischen Arthrose äusser te, hierfür aber keine Entschädigung vorsah

und bei humeroradial betonter Arthrose noch keinen Anlass für eine Radiusköpfchenprothese

sah (vgl. Urk. 14/4).

Dr. I. ___ bezweifelte in seiner Stellungnahme vom 19. April 2023 vorab

selbst seine Qualifikation für die Beurteilung des Integritätsschadens. Unter Hinweis auf die Tabellen der Suva schätzte er den Integritätsschaden durch die Funktionsstörung an den oberen Extremitäten im Sinne einer «leicht eingeschränkten Beweglichkeit» des Ellbogens dennoch auf 10 % und jenen durch die Arthrose am Ellbogen auf 5 bis 10 % (Urk. 3/5) – ohne anzugeben, auf welchen konkreten Befunde er sich dabei stützt.

Es gilt somit das soeben zum Bericht des K. ___ Ausgeführte.

Aus den übrigen, zeitnah zum Fallabschluss erstellten Berichten ergeben sich keine anderslautenden Befunde. Im Bericht der Klinik H. ___ vom 3.

Januar 2023 wurde eine «beginnende» radiohumeral betonte Arthrose diagnostiziert (vgl. Urk. 78/M038). Dr. C. ___

fand gemäss Bericht vom

E. 8

.

Nach dem Ausgeführten bestehen keine Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung von Dr. Z. ___. Die Beschwerdegegnerin hat den Fall betreffend das Unfallereignis vom 20. Mai 2020 daher zu Recht per 30. November 2022 abgeschlossen und dabei einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verneint. Der angefochtene Entscheid ist demnach nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur -
Unfallversicherung Stadt Zürich - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden

sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
PhilippBonetti

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