

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00138 vom 15. Dezember 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-12-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00138](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00138)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00138 du 15 décembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00138 del 15 dicembre 2023

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1981, war ab 1. April 20 21 befristet bis 31. August 2021 bei der Y.\_\_\_\_

GmbH in einem Beschäftigungsgrad von 100 % als Chauffeur angestellt und über die Arbeitgeberin bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit

«Schadenmeldung UVG» vom 6. Juli 2021 meldete die Arbeitgeberin, dass sich

der Versicherte am 3. Juli 2021,

als ein Paket runter gefallen sei

die rechte Hand verstaucht habe (Urk. 8/1). Gemäss dem Operationsbericht des Spitals

Z.\_\_\_\_

vom

### E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 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 Prozent 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 Invalidenversicherung 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. 1.2

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden 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 Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung 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). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, 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. 1.3**

Die Leistungspflicht eines 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 beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.1**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4).

#### **E. 1.4.2**

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4).

#### **E. 1.4.3**

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_493/2021 vom 4. März 2022 E. 3.3.3 mit Hinweisen).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

#### **E. 1.4.4**

Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich

gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_387/2018 vom 16. November 2018 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 148 V 301 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.5**

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auf fallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

## **E. 2**

2. November 2022 ( Urk. 8 /1 81 ) teilte

sie den Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen per

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in

ihren Entscheid an

( Urk. 2 S. 5 f.), dass

sich der Beschwerdeführer am 3. Juli 2021 eine distale Bicepssehnenruptur rechts zugezogen habe, welche am 21. Juli 2021 operativ angegangen worden sei. Postoperativ sei es zu einer Radialisneuropathie mit klinischer Fallhand rechts und Anästhesie im Versorgungsgebiet gekommen. Anlässlich der letzten Verlaufskontrolle hätten sich keine Hinweise für eine Schädigung des Nervus

radialis gezeigt, ein Neurom habe nicht objektiviert werden können und der Nervus medianus habe sich normal dargestellt. Die Behandlung seitens der Schmerzklinik sei am 19. April 2022 abgeschlossen worden, nachdem es zu keiner Verbesserung der Schmersymptomatik mehr gekommen sei. Gemäss der ärztlichen Beurteilung von Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, vom 7.

November 2022 bestünden nicht erklärbar e Diskrepanzen zwischen subjektiven und bildmorphologischen/neurologischen Befunden und dies 15

Monate postoperativ, ohne dass eine wesentliche subjektive Verbesserung in den letzten Wochen/Monaten im Bereich der rechten oberen Extremität eingetreten sei .

Somit liege ein stationärer Zustand vor. Dabei sei

zwar ein Teil

der geklagten Beschwerden aufgrund der Unfallfolgen nachvollziehbar, jedoch nicht im angegebene n und demonstrierte n Ausmass. In einer

leichten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer als ganztags arbeitsfähig einzu schätzen.

Für ein en Integritätsschaden sei aufgrund der bildgebenden Diagnostik die Erheblichkeitsgrenze bezüglich einer Arthrose /Instabilität nicht erreicht. Der Einkommensvergleich ergebe keine unfallbedingte Erwerbseinbusse und damit keinen Anspruch auf eine Rente (S. 7

f.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer führte aus ( Urk. 1 ), es könne nicht akzeptiert werden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Zahlungen per Ende Februar (2022) eingestellt habe. Sein

Bestreben zu Arbeiten sei vorhanden, aber aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes nicht möglich, da er nur mit der linken Hand aktiv sein könne, was es erschwere, eine Arbeit zu finden. Aufgrund des Unfalls und der Fehler der Ärztin habe er nun grosse neurologische Probleme, was sich in die Länge ziehe und nicht auf seine Ver schulden zurückzuführen sei.

Die Kreisärztin habe auch nicht erwähnt, zu wieviel Prozent er noch arbeitsfähig wäre. 3.

### **E. 3**

1. Dezember 2022

mit. Mit Verfügung vom 23. Dezember 2022 verneinte die Suva einen

Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ( Urk.

### **E. 3.1**

Im Austrittsbericht des Spitals

Z. \_\_\_ vom 4. Juli 2021 ( Urk. 8/10) über die notfallmässige Behandlung nach Selbstzuweisung vom 3. Juli 2021 führten die zuständigen Ärztinnen aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, während der Arbeit als Logistiker bei der B. \_\_\_

sei ein Schrank umgefallen und er habe versucht, diesen mit ausgestrecktem rechtem Arm zu halten. Er berichtete über Schmerzen an der anterioren rechten oberen Extremität im Bereich der Ellenbeuge, im linken Hemiabdomen und im Halsbereich sowie im rechten distalen Handgelenk. Oberflächliche Wunden, tiefe Wunden, Sensibilitätsstörungen sowie eine Schwellung würden verneint. Er sei nicht gestürzt, habe sich den Kopf nicht angeschlagen.

Es präsentiere sich klinisch ein afebriler, hämodynamisch stabiler Patient. In der körperlichen Untersuchung

imponiere eine schmerzhafte, deutlich kraftreduzierte Beugung im Ellbogen rechts gegen Widerstand sowie eine schmerzhafte Supination rechts gegen Widerstand. Die Schmerzen im rechten Handgelenk seien bei unauffälligem Röntgenbild am ehesten als Stauchung zu werten. Am rechten Oberarm sei es zu keiner kompletten Verlagerung der Muskelbäuche nach proximal gekommen, allerdings zeige sich das Hook sign pathologisch, so dass von einer Teiltraktur der Bicepssehne auszugehen sei.

### **E. 3.2**

Im Austrittsbericht des Spitals

Z.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2021 ( Urk. 8/ 21 ) über die Hospitalisation vom 21. bis 29. Juli 2021 stellten die Ärzte folgende Diagnosen: 1. Distale Bicepssehnenruptur rechts vom 3. Juli 2021 2. Verdacht auf Radialisneuropathie , Erstdiagnose 26. Juli 2021 - a.e . iatrogen bei postoperativ aufgetretener Symptomatik Am 21. Juli 2021 sei eine Reinsertion der distalen Bicepssehne mittels Bicepsbutton ( Arthrex ) erfolgt. Intra- und postoperativ habe sich ein problemloser Verlauf gezeigt. Initial hätten starke Schmerzen bei Mobilisation der Hand und des Handgelenks bestanden und im Verlauf hätten sich fortbestehende starke Schmerzen, eine verminderte Sensibilität im Bereich des Vorderarms sowie eine eingeschränkte Motorik gezeigt. Konsiliarisch sei die Neurologie zur elektroneurographischen Beurteilung hinzugezogen worden.

Dabei habe sich der Verdacht auf eine Radialisneuropathie erhärtet. Im Verlauf sei eine suffiziente Analgesie eingeführt und erste Mobilisationsversuche in Begleitung der Physiotherapie erreicht worden . Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und mit trockenen und reizlosen Wundverhältnissen in die häusliche Umgebung entlassen werden können.

### **E. 3.3**

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Neurologie, hielt im Bericht vom 22.

Oktober 2021 ( Urk. 8/87 S. 2) fest, es bestehe ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität, ursprünglich auf dem Boden einer wohl iatrogenen Radialisparese bei Status nach Bicepssehnenoperation , wobei eine Schädigung durch Traktion anzunehmen sei . Mittlerweile habe sich die initial wohl hochgradige Parese der Finger und Handstrecker deutlich gebessert. Aktuell stünden ausgeprägte neuropathische Schmerzen in der ganzen rechten oberen Extremität im Vordergrund. In der klinischen Untersuchung sei eine globale Hyposensibilität, akzentuiert im Versorgungsgebiet des Nervus

radialis angegeben worden. Des Weiteren eine Hyperpathie und ein fragliches Tinelphänomen im Bereich des Ellbogens sowie am proximalen Unterarm. Es falle zudem eine erhebliche Bewegungseinschränkung , sowohl im Ellbogen, als auch im Handgelenk auf, welche durch die Schmerzen unzureichend erklärt werden könne . Aufgrund der starken Schmerzsymptomatik sei nur eine orientierende Neurografie möglich gewesen , welche im Vergleich zum 4. August 2021 eine deutliche Verbesserung der initial hochgradigen axonalen Läsion des Nervus

radialis am distalen Oberarm zeige. Zusammengefasst seien die ausgeprägten Schmerzen kaum durch die Läsion des Nervus

radialis zu erklären. Es sei eine Verordnung für Ergotherapie ausgestellt worden und eine schmerztherapeutische Standortbestimmung sei zu empfehlen.

### **E. 3.4**

Im Bericht des Instituts für Schmerzmedizin D.\_\_\_\_ vom 5. April 2022 ( Urk. 8/107 /2-4 ) über die Konsultation vom selben Tag führte der zuständige Arzt aus, der Beschwerdeführer komme zur Kontrolle nach einer Serie von Infusionsbehandlungen mit Ketamin. Er berichte über eine weitgehend unveränderte Situation . Nach der Charakteristik und Stärke des Schmerzes gefragt, äusser er wiederholt, er sei "blockiert".

Es fällt auf, dass er selber den Unterarm mit der anderen Hand hält und immer wieder massiert.

Die Begleitperson berührt beim Übersetzen öfters den Unterarm und streicht über die Haut, was vom Beschwerdeführer problemlos toleriert werde. Eine Allodynie liege somit nicht vor. Bei der Untersuchung berichtete er über ein taubes Gefühl der gesamten Hand, inklusive der ulnaren Finger- und Handpartien, als würden Hand und Arm nicht ihm gehören. Medikamentös sei die Behandlung unverändert und er nehme, was seine Frau ihm im Dosett reichte. Leider könne er die Namen der verschriebenen Medikamente nicht erinnern. Ärztlicherseits wurde eine Blutentnahme zur Plasmaspiegelbestimmung der Schmerzmedikamente vorgeschlagen, um zu sehen, wo allenfalls noch Ausbaupotential bestehe.

Im Bericht zur Konsultation vom 19. April 2022 (Urk. 8/110) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer komme zur Besprechung nach Vorliegen der Laborresultate. Erstaunlicherweise sei keines der untersuchten Analgetika im Blut nachweisbar gewesen, nicht Amitriptylin und seine Metaboliten, nicht Pregabalin, auch kein Paracetamol oder Novalgin-Metaboliten.

Nach Angaben des Beschwerdeführers habe seine Hausärztin ihm geraten, diese wegen hoher

Blutdruckwerte zu pausieren. Der Beschwerdeführer gebe jedoch an, regelmässig seine Physio- und Ergotherapie zu machen und dabei Fortschritte, was Kraft und Beweglichkeit angehe, zu erzielen. Es gehe ihm im Vergleich zum Beginn der Behandlung nun doch einiges besser, unter anderem wohl auch dank der Ketamin-Therapie. Den noch könne der Beschwerdeführer sich im Moment unter gar keinen Umständen vorstellen, irgendeine Arbeitstätigkeit wieder aufzunehmen. Es scheine nun am sinnvollsten, die Medikation und jegliche physio-/ergotherapeutische Beübung weiterzuführen, wie der Beschwerdeführer dies aktuell mache. Die Besserung seines Zustandes habe ihm offenbar auch erlaubt, die Dosierung der Medikamente zu reduzieren respektive zumindest zeitweilig sogar auszusetzen. Nochmalige Infiltrationen respektive Nervenblockaden seien nicht für sinnvoll zu erachten, da diese bereits in der Vergangenheit nicht schlüssig interpretierbar gewesen seien.

### **E. 3.5**

Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie, berichtete am 31. August 2022 (Urk. 8/154) nach einer neurologischen Untersuchung mit Nervenultraschall, der Beschwerdeführer leide anamnestisch an persistierenden Schmerzen des rechten Armes, Schwäche, Minderempfindung, brennende Schmerzen im Handgelenksbereich, Minderempfindung im ganzen rechten Arm mit bisher höchstens einer minimalen Verbesserung im Rahmen der Schmerzlinik.

Bei dem 41-jährigen Beschwerdeführer mit Status nach Refixation der distalen Bicepssehne rechts vom 21. Juli 2021

besteht ein chronifiziertes myofasziales Schmerzsyndrom, aus Sicht des Untersuchers primär ausgehend von einer

schmerzhaften Pathologie der distalen Bicepssehne.

Obschon der Beschwerdeführer sekundär eine erhebliche Minderaktivierung der gesamten rechten oberen

Extremität beklage, sei dies ohne jegliche Atrophien und ohne objektivierbare Paresen geblieben.

Hinweise für eine Schädigung des Nervus

radialis respektive ein Neurom per continuitatem könnten weder im Bereich des

Hauptstamms noch im Verlauf des PIN objektiviert werden. Der Nervus medianus stellt sich am Unterarm,

insbesondere auf Höhe der Arkade des Flexor digitorum superficialis und im Verlauf kubital normal dar. Als

relevanter Befund sei eine verdickte distale Bicepssehne zu finden, welche stark druckdolent sei. Bezüglich nervenchirurgischer Interventionen am Nervus

medianus und am Nervus

radialis, insbesondere am PIN sei bei den aktuellen Befunden Zurückhaltung angezeigt.

### **E. 3.6**

Anlässlich eines MRI des Ellbogens rechts vom 19. September 2022 (Urk. 8/166) wurde im radiologischen Befundbericht festgehalten, im Vergleich zur MR-Voruntersuchung vom 18. August 2021 zeige sich eine deutlich regrediente, postoperative Flüssigkeit um die Insertion der Bicepssehne an der Tuberositas radii

mit zwischenzeitlich regelrechter Darstellung der Sehneninsertion mit erhaltener Kontinuität.

Ebenso bestehe eine Normalisierung der Signalintensität des Ramus profundus nervi radii durch den

Supinatorkanal und lediglich proximal sei noch unspezifisch fokal vereinzelt eine leichte Kalibersteigerung und

erhöhte Signalintensität des Nervs abgrenzbar. Es bestünden mässige Knorpelschäden humero radial ohne Erguss oder Hinweise auf eine synoviale Reizung. Im Übrigen zeige sich eine regelrechte Darstellung der intra- und periartikulären Strukturen. 3.7

Kreisärztin Dr. A.\_\_\_\_ führte im Untersuchungsbericht vom 8. November 2022 (Urk. 8/177 S. 5) aus, der Beschwerdeführer gebe an, dass er wegen der vielen Medikamente, die er einnehmen müsse, verwirrt sei und immer noch Schmerzen im Bereich des rechten Arms habe. Es sei ein Dauerschmerz, welchen er auch in Ruhe habe und vor allem vom Handgelenk Richtung Ellbogengelenk ausgehe. In Ruhe seien die Schmerzen etwa bei 7 auf der Schmerzskala von 0-10. Belastungen führten zu vermehrten Schmerzen. Physiotherapie mache er dreimal pro Woche und auch Triggerpunktmassagen, wobei die Punkte im Bereich des Unterarms kaum berührbar seien. Durch die Physiotherapie habe sich die Beweglichkeit leicht verbessert, während bezüglich der Schmerzen die Behandlungen keine Veränderung gebracht hätten.

In der klinischen Untersuchung habe sich inspektorisch ein reizfreies rechtes Ellbogengelenk bei reizlosen Narben, ohne Schwellung, ohne Rötung, bei seitengleichem

Hautkolorit, Hautfältelung und Behaarung gezeigt . Eine klinische Untersuchung der rechten oberen Extremität sei aufgrund der Schonhaltung, der Schmerzangaben, welchen etwas die Authentizität gefehlt habe , nicht möglich gewesen . Auch das demonstrierte Schonverhalten während der gesamten Anamnese und Untersuchung sei klinisch nicht nachvollziehbar, denn aufgrund der dokumentierten Umfangsmasse zeige sich eine seitengleiche Muskelmasse. Würde der Beschwerdeführer den rechten Arm tatsächlich wie gezeigt schonen, müsste dies im zeitlichen Verlauf in einer Umfangsverminderung rechts nachweisbar sein. Eine Kraftmessung sei nicht möglich gewesen und die sehr verlangsamte Beweglichkeit im Handgelenk und den Fingern habe nicht konklusiv beurteilt werden können. Vergleiche man den heutigen gezeigten klinischen Status der rechten oberen Extremität, so habe sich im Verlauf subjektiv nichts verändert, obwohl sich in den objektiven Befunden, gemäss Verlaufs-MRI vom 19.

September 2022 bildmorphologisch die Situation im Bereich des rechten Ellbogengelenks entsprechend den postoperativen Veränderungen beruhigt habe und mittlerweile ein regelrechter postoperativer Befund vorliege . In der neurologischen Verlaufsuntersuchung im August 2022 bei

Dr. E.\_\_\_\_ sei eine Erholung des Nervus

radialis nachgewiesen worden. Die klinischen Befunde, bei welchen die Mitarbeit des Beschwerdeführers

notwendig seien und unverändert als eingeschränkt gezeigt würden , seien damit nicht nachvollziehbar.

Aus medizinischer Sicht sei die Diskrepanz zwischen subjektiven und bildmorphologischen/neurologischen Befunden nicht erklärbar (S. 7) .

Ein Teil der beklagten Beschwerden sei aufgrund der Unfallfolgen ( Bizepssehnenruptur , postoperative Radialisneuropathie ) nachvollziehbar, jedoch nicht das angegebene, demonstrierte Ausmass (S. 8). Nach insgesamt 15 Monaten postoperativem Verlauf , ohne wesentliche subjektive Verbesserung in den letzten Wochen/Monaten im Bereich der rechten oberen Extremität, liege ein stationärer Zustand vor (S. 7) und der Endzustand sei erreicht (S. 8) .

In einer leichten manuellen Tätigkeit rechts ohne Kraft-, Zug-, Stoss-, Drehbewegungen, ohne einseitiges Abstützen, kraftvolles Zupacken und ohne Schläge/Vibrationen mit dem rechten Arm sei der Beschwerdeführer als ganztags arbeitsfähig einzuschätzen (S. 7).

### **E. 3.8**

Im Bericht des Spitals

Z.\_\_\_\_ über die Sprechstunde vom 24. November 2022 ( Urk. 8/183) führte die zuständige Ärztin aus, es liege eine komplexe Schmerzsituation mit inzwischen Schmerzausweitung vor. Es seien bereits multiple Abklärungen ohne Erfolg erfolgt. Auf Empfehlung des Neurologen Dr. E.\_\_\_\_ sei eine Infiltration mit Lokalanästhetika und Steroiden im Bereich des Ansatzes der distalen Sehne durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe eine leichtere Besserung der Beschwerden verspürt, allerdings nur lokal. Die Schmerzen der Peripherie seien unverändert vorhanden. Die Aufnahme der Arbeit sei aktuell aufgrund der Beschwerden sicherlich nicht möglich. Sie empfehle die Durchführung einer stationären Schmerzrehabilitation mit einer interdisziplinären Schmerztherapie . Gegebenenfalls könnt

e auch eine psychosomatische Rehabilitation in Betracht gezogen werden und bei Bedarf könne sich der Beschwerdeführer auch wieder melden, wobei vorerst kein neuer Termin abgemacht worden sei.

### E. 3.9

Dipl. Ärztin F.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie, berichtete am 13. Januar 2023 (Urk. 8/200), der Beschwerdeführer sei bei ihr in hausärztlicher Betreuung. Bei langwierigem und kompliziertem Verlauf nach Nervenläsion nach einer operativen Sanierung bei Bicepssehnenabriss stelle sich keine weitere Besserung ein. Weder Ergotherapie noch weitere fachärztliche Konsultationen hätten weitere Besserungstendenzen gezeigt. Der rechte Arm sei nicht einsatzfähig, ohne dass nach den letzten Untersuchungen ein ausreichendes Korrelat bestehe. Viel mehr bestehe der Verdacht auf Symptomausweitung. Der Beschwerdeführer könne und wolle diese Situation nicht akzeptieren. Erschwerend komme hinzu, dass seine Ehefrau mit zwei kleinen Kindern nach der Entbindung des zweiten Kindes unter einer schweren postpartalen Depression leide. In seiner Verzweiflung dränge

der Beschwerdeführer auf weitere Massnahmen.

Als Reha-Ort kämen sowohl G.\_\_\_\_

als auch H.\_\_\_\_

in Frage. 4. 4.1

Vorweg ist in Bezug auf den Fallabschluss festzuhalten, dass gemäss

der medizinischen Aktenlage im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2022 keine Therapieoptionen vorgeschlagen werden konnten, die eine namhafte Besserung der Beschwerdesituation im Sinne einer ins Gewicht fallenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit (E. 1. 2 hiervor und BGE 134 V 109 E. 4.3) erwarten liessen. Zwar wurde anlässlich der Sprechstunde vom 24. November 2022

im Spital Z.\_\_\_\_ (E. 3.8 hiervor)

eine stationäre Schmerzrehabilitation mit einer interdisziplinären Schmerztherapie, allenfalls eine psychosomatische Rehabilitation, in Betracht gezogen. Sodann schlug auch die Hausärztin eine

zusätzliche Behandlung in der Rehaklinik G.\_\_\_\_ oder H.\_\_\_\_

vor (E. 3.9 hievor). Eine davon zu erwartende namhafte Verbesserung

der Arbeitsfähigkeit konnten die Ärzte

bei aktenkundiger subjektiver Krankheitsüberzeugung und Symptomausweitung indes nicht aufzeigen. Vielmehr wurden weitere Behandlungsoptionen mit der schwierigen psychosozialen Situation des Beschwerdeführers bei Einstellung der Taggelderleistungen, abgewiesenen Leistungen der Invalidenversicherung und der Überforderungssituation mit kranker Ehegattin und Betreuung zweier Kleinkinder begründet (vgl. unter anderem: Urk. 8/200/2).

Grundsätzlich

steht denn auch eine allfällige blosse Verbesserung des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Lindrung, eine blosse Verbesserung der Befindlichkeit oder dass ein e

versicherte Person etwa von einer Therapie lediglich profitieren kann, einem Fallabschluss nicht entgegen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_172/2018 vom 4. Juni 2018 E. 4.3). Entsprechend hindert der Umstand, dass

ärztlicherseits eine stationäre Schmerztherapie in Betracht gezogen wurde, den Fallabschluss nicht, zielt dieselbe doch nicht auf die Heilung des (somatischen) Gesundheitsschadens, sondern bildet regelmässig eine auf blosser Symptombekämpfung gerichtete Massnahme (Urteil des Bundesgerichts 8C\_363/2020 vom 29. September 2020 E. 4.1 mit Hinweis). Weitere operative Eingriffe standen bei Fallabschluss nicht zur Diskussion (E. 3.5, Urk. 8/206). Entsprechend überzeugt der kreisärztliche Schluss von Dr. A.\_\_\_\_, wonach der Endzustand im Zeitpunkt der Untersuchung vom 7. November 2022 respektive jedenfalls per Ende 2022 erreicht war (Urk. 8/177/8).

Der Fallabschluss unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ist folglich nicht zu beanstanden (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.1). 4.2

Auch mit Blick auf die medizinischen

Fragestellungen

im Zusammenhang mit diesen Leistungsansprüchen drängen sich an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 8. November 2022 (E. 3.7) keine Zweifel auf. So legte sie in umfassender Aktenkenntnis und gestützt auf ihre Untersuchung vom 7. November 2022 nachvollziehbar dar, dass sich die postoperativ aufgetretene Radialisneuropathie mit klinischer Fallhand rechts im Verlauf objektiv insoweit verbessert hat, als anlässlich der Verlaufskontrolle bei Dr. E.\_\_\_\_ im August 2022 (E. 3.5) keine Hinweise für eine Schädigung der

Nervus

radialis respektive ein Neurom in continuitatem

mehr objektiviert werden konnten und das MRI vom 19. September 2022 (E. 3.6)

eine Beruhigung der postoperativen Veränderungen zur Darstellung gebracht hat (Urk. 8/177 S. 7). Trotz verbesserter objektiver Befunde gab der Beschwerdeführer in der neurologischen Untersuchung bei Dr. E.\_\_\_\_ im August 2022 höchstens eine minimale Verbesserung der Schmerzsymptomatik an und demonstrierte eine Minderaktivierung der gesamten rechten oberen Extremität (E. 3.5). Nicht anders präsentierte sich die Verhältnisse auch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung im November 2022. Auch hier beklagte der Beschwerdeführer erhebliche und unveränderte Dauerschmerzen (E. 3.7). Diskrepanz zu den geltend gemachten Beschwerden zeigten sich aber die klinischen Untersuchungen dergestalt, dass ein reizfreies rechtes Ellbogengelenk, ohne Schwellung, ohne Rötung, bei seitengleichem Hautkolorit, seitengleicher

Hautfältelung und Behaarung und

im Vergleich der Extremitäten eine

seitengleiche Muskelmasse festgestellt werden konnte. Vor diesem Hintergrund legte die Kreisärztin Dr. A.\_\_\_\_, wie auch schon der Neurologe Dr. E.\_\_\_\_

(E. 3.5), nachvollziehbar dar, dass das gezeigte Schonverhalten in der Untersuchung nicht plausibel war. Daran ändert auch nichts, dass eine klinische Untersuchung der rechten

oberen Extremität aufgrund der Schonhaltung und der Schmerzangaben sowie eine Kraftmessung nur beschränkt möglich war. Die verantwortlich zeichnenden Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_

hatten sich bezeichnen derweise bereits im Verlaufsbericht vom 10. Januar 2022 bei teils wechselnder Symptompräsentation und Inkonsistenzen in der Untersuchung für eine deutlich über die Radialisneuropathie hinausgehende diffuse Schmerzsymptomatik des rechten Armes ausgesprochen. Die von ihnen differentialdiagnostisch angeführte Diagnose eines CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom, Urk. 8/149) wurde sodann im Bericht desselben Spitals vom 9. März 2022 als objektiv nicht erstellt beurteilt (Urk. 8/111) und damit einhergehend

weder von Dr. E.\_\_\_\_ (E. 3.5) noch von Dr. A.\_\_\_\_ (E. 3.7) ernsthaft in Betracht gezogen. Die Hausärztin F.\_\_\_\_ ging in ihrem Bericht vom 13. Januar 2023 von einem fehlenden Korrelat für die geklagte Symptomatik und einem Verdacht auf Symptomausweitung aus (E. 3.9).

Mit Blick auf die medizinischen Akten

ist der Kreisärztin im Ergebnis denn auch darin zu folgen, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nur noch teilweise auf die objektivierbaren Unfallfolgen zurückführen lassen, indes nicht im angegebenen respektive demonstrierten Ausmass (Urk. 8/177 S. 8), dass mithin das vom Beschwerdeführer geklagte Schmerzsyndrom organisch nicht hinreichend erklärbar ist. 4. 3

4. 3 . 1

Soweit eine Schmerzproblematik keiner objektiv ausgewiesenen organischen Ursache zugeführt werden kann, hat trotz inneren Zusammenhangs derselben mit den somatischen Unfallfolgen eine besondere Prüfung der Adäquanz zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_511/2022 vom 8. Februar 2023 E. 7.1, vgl. auch BGE 126 V 116 E. 3c). Da vorliegend weder ein Schleudertrauma noch ein Schädelhirntrauma noch ein Schreckereignis gegeben ist, kommt die sogenannte Psycho-Praxis nach BGE 115 V 133 zur Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2020 vom 24.

September 2020 E. 5.1). Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_184/2017 vom 13. Juli 2017 E. 2.2), was spätestens per Ende Dezember 2022 der Fall war. 4. 3 . 2

Das Ereignis vom 3. Juli 2020, bei welchem sich der Beschwerdeführer nach Darstellung in der Unfallmeldung und eigener Hergangsschilderung bei der Abwehr eines aus zwei Metern herabfallenden Paketes (Urk. 8/1, 8/6, 8/27) eine Bicepssehnenruptur zugezogen hat, ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs und der sich dabei entwickelnden Kräfte (E. 1.4.4) am ehesten im Bereich der leichten, allerhöchstens aber im Bereich der mittelschweren Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen anzusiedeln (vgl. etwa: Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.2).

Geht man zu Gunsten des Beschwerdeführers von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen aus, müssen vier der massgeblichen Kriterien

(oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sein (E. 1.4.5 hiervor und Urteil des Bundesgerichts 8C\_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5).

Objektiv betrachtet hat sich der Unfall weder unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch ist er als besonders eindrücklich anzusehen, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7 mit Hinweis auf die nicht publizierte E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199). Die Verletzungen, welche sich der Beschwerdeführer beim Unfall zugezogen hat, sind sodann nicht von besonderer Art und es liegen keine Erfahrungen vor, wonach diese speziell geeignet wären, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_899/2013 vom 15. Mai 2014 E. 5.2.2 [wo eine komplexe Fraktur des OSG links zu beurteilen war]). Das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung ist somit nicht erfüllt.

Für die Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Umstände. Ob das Kriterium vorliegend als gegeben erachtet werden kann, ist im Hinblick auf

die als iatrogen

beurteilte

Radialisparese

(Lähmung durch Verletzung oder Quetschung des Radialisnervs, vgl. Urk. 8/21 /1) im Zusammenhang mit

Bicepssehnenoperation, welche den postoperativen Heilungsprozess möglicherweise verzögert hat, fraglich. Dabei gilt es zu beachten, dass aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden kann (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, Urteil des Bundesgerichts 8C\_525/2017 vom 30. August 2018 E. 8.5). Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung der organisch ausgewiesenen Unfallfolgen bedarf in Nachachtung der praxismässig an dieses Kriterium gestellten Voraussetzungen jedenfalls deutlich höheren Anforderungen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_546/2013 vom 24. September 2013 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Ob das Kriterium

des schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen

damit erfüllt ist oder nicht, bedarf aber aus nachstehenden Gründen keiner abschliessenden Beurteilung. Denn weitere Kriterien sind keine erfüllt. Eine ärztliche Fehlbehandlung wird in den medizinischen Akten im Zusammenhang mit der Radialisparese

trotz vermueteter iatrogenen Ursache nicht diskutiert. Auch ist das Merkmal der körperlichen Dauerschmerzen, mit Blick auf das Aktivitätsniveau und die festgestellten Diskrepanzen, welche gegen einen Mindergebrauch der rechten Extremität sprechen, jedenfalls nicht in einer ausgeprägteren Form gegeben. Es ist auch anzufügen, dass eine psychische Symptomatik hier nicht miteinzubeziehen ist, auch wenn sie körperlich imponiert (SVR 2020 UV Nr. 1 S. 1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_117/2019 vom 21. Mai 2019 E. 7.2 mit Hinweis). Schliesslich kann auch keine langandauernde, somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit als ausgewiesen erachtet werden, war doch der Endzustand nach der massgeblichen kreisärztlichen Beurteilung spätestens am 31. Dezember 2022 erreicht (

Urk. 8/177/7 ) und de m Beschwerdeführerin eine angepasste

leichte Tätigkeit gut eineinhalb Jahre nach dem Unfall in somatischer Hinsicht zu 100 % zumutbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2020 vom 24. September 2020 E. 5.3 ; nachfolgende E. 4.4 ).

Da höchstens eines der Kriterien erfüllt sein könnte und dies es nicht in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen der nicht hinreichend objektivierbaren Schmerzproblematik wie auch allfälligen psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 3. Juli 2021 zu verneinen. 4. 4

Im Lichte dessen besteht auch kein Anlass, von der Beurteilung der unfallbedingten Restarbeitsfähigkeit abzuweichen, welche die Kreisärztin unter Berücksichtigung der organisch hinreichend erklärbaren Beschwerden

bei einem Zustand nach Reinsertion der distalen Bizepssehne im Untersuchungsbericht vom 7. November 2022 vorgenommen hat (E. 3. 7 ) . Die anders lautende Einschätzung im Bericht vom Spital Z. \_\_\_ vom 24. November 2022 (E. 3.8 hiervor) stellt einerseits auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers betreffend eine unveränderte periphere Schmerzsituation ab, ohne dass eine Auseinandersetzung mit den neurologischen Vorberichten und den Untersuchungsbefunden der Kreisärztin sowie deren Beurteilung erfolgte. Andererseits wird die

geklagte Schmerzsymptomatik (vgl. Urk. 8/183) ohne Differenzierung

in die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit miteinbezogen und keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit genommen . Ein im Beschwerdeverfahren eingereichtes ärztliches Zeugnis der Hausärztin F. \_\_\_ über eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 30. September 2023 ( Urk. 3/1)

ist mangels Begründung und Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ebenfalls nicht geeignet , Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung zu begründen.

Damit ist im Rahmen der Rentenprüfung (E. 4. 5 hernach) auf die Einschätzung der Kreisärztin Dr. A. \_\_\_ abzustellen , wonach der Beschwerdeführer in einer leichten manuellen Tätigkeit ohne

Kraft-, Zug-, Stoss-, Drehbewegungen, ein seitiges Abstützen, kraftvolles Zupacken und ohne Schläge sowie Vibrationen mit dem rechten Arm ganztags, mithin zu 100 % arbeitsfähig ist . 4. 5 4. 5 .1

Zu prüfen bleibt, wie sich die verbliebenen Unfallfolgen in erwerblicher Hinsicht auswirken. 4. 5 .2

Das Invalideneinkommen legte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Tabellenwerte der vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung, konkret gestützt auf die Tabelle TA1 der LSE 2020 , fest und ermittelte unter Berücksichtigung eines lebensbedingten Abzuges von 5 % ein Einkommen im Jahr 2023 von Fr. 63'899.--. Da der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 3. Juli 2021 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und sich das zumutbarerweise erzielbare Einkommen anrechnen lassen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_237/2011 vom 19. August 2011 E. 2.3), ist diese Vorgehensweise nicht zu beanstanden . Mit Blick auf die einschlägigen Tabellen des BFS erweist sich die

Berechnung sodann als zutreffend ( vgl. dazu: Urk. 2 S. 7 E. 4.2 ). Was die Höhe des leidensbedingten Abzugs von 5

% anbelangt, drängt sich mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Abzug bei Beschränkungen der dominanten Hand (Urteil des Bundesgerichts 8C\_495/2019 vom 11. Dezember 2019 E. 3.2 und E. 4.2.2) kein Eingriff in das Ermessen der Verwaltung auf .

Beim Valideneinkommen

berücksichtigte die Beschwerde gegnerin, dass der B e schwerdeführ er im Zeitpunkt des Unfalls kurz vor dem Ende seiner befristeten Anstellung stand und sich auch im Gesundheitsfall um eine neue Anstellung hätte kümmern müssen. Folgerichtig ermittelte si e auch das Valideneinkommen aufgrund von Tabellenwerten und legte dieses gestützt auf die LSE 2020 gemäss TA 1 der LSE 2020, Ziff. 53 Post-, Kurier- und Express dienste, Kompetenzstufe 1, Männer, von monatlich Fr. 4'626. -- unter Berücksich tigung eine r betriebsübliche n Wochenarbeitszeit von 42.1 Stunden und n ominallohn bereinigt für das Jahr 2023 mit Fr. 59'835.-- fest , was zu Recht unbestritten blieb .

In Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert damit keine unfallbe dingte Erwerbseinbusse und dementsprechend auch kein Rentenanspruch aus der Unfallversicherung. 4. 6

G egen die Verneinung eines Anspruchs auf Integritätsentschädigung erhebt der Beschwerdeführer keine Einwände und aufgrund der Akten drängen sich hierzu keine Weiterungen auf .

Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 3 0. August 202 3 ( Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Suva - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubNef

## **E. 8**

/1 96 ) mit Entscheid vom 3 0. August 202 3 ( Urk. 2) fest. 2.

G egen den Einspracheentscheid

erhob der Versicherte am 6. September 2023 (Urk.1) direkt bei der Suva Beschwerde und beantragte sinngemäss, es seien ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Am 13. September 2023 überwies die Suva die Eingabe des Versicherten dem hiesigen Gericht zur Anhandnahme des Rechtsmittels (Urk. 4) und schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2023 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 17. Oktober

2023

zur Kenntnis gebracht (Urk.

## **E. 9**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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