

AR_GERICHTE OG O3V-15-33 vom 20. September 2016

AR Gerichte, 2016-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-15-33

FR: AR_GERICHTE OG O3V-15-33 du 20 septembre 2016

IT: AR_GERICHTE OG O3V-15-33 del 20 settembre 2016

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Urteil vom 20. September 2016
Mitwirkende Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter Dr. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner Verfahren Nr.

Erwägungen

E. 1

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristfordernisse erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

E. 2.1

Nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Wirkung eines äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Eine versicherte Person hat u.a. Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]), ab dem dritten Tag nach dem Unfall zufolge voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit auf Tagelöhner (Art. 16 UVG) und - sofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind - bei mindestens 10%iger Invalidität auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Art. 18 und 19 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie überdies Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung.

E. 2.2

Die Leistungspflicht der Unfallversicherung hört erst auf, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also der Letztere nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_847/2008 vom 29. Januar 2009 Erw. 2, 8C_212/2015 vom 10. Juli 2015 Erw. 2.2.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens

mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei Seite 6 der versicherten Person, sondern bei der Unfallversicherung (Urteile des Bundesgerichts 8C_354/2007 vom 4. August 2008 Erw. 2.2, 8C_269/2016 vom 10. August 2016 Erw. 2.4). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_126/2008 vom 11. November 2008 Erw. 2.3, 8C_160/212 vom 13. Juni 2012 Erw. 2). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen sowie Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 Erw. 2.2).

E. 2.3

Im Rahmen der Beurteilung der Kausalität eines Unfalls für behauptete gesundheitliche Beschwerden ist die Würdigung medizinischer Berichte von grundlegender Bedeutung. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass alle Beweismittel, unabhängig von deren Herkunft, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten das Verfahren nicht erledigt werden, ohne dass das gesamte Beweismaterial gewürdigt wird und die Gründe angegeben werden, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist also entscheidend, ob dieser für die strittigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation des Patienten einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 122 V 157 Erw. 1c, 132 V 93 Erw. 4; Urteile des Bundesgerichts 9C_285/2009 vom 16. März 2010 Erw. 2.2, 8C_284/2016 vom 7. September 2016 Erw. 2).

E. 2.4

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 134 V 231 Seite 7 Erw. 5.1, 137 V 210 Erw. 6.1.2). Den im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen

die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 135 V 465 Erw. 4.5; Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2013 vom 23. Dezember 2013 Erw. 5.4, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 Erw. 2.2.2), was auch mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zusammenhängen mag (Urteile des Bundesgerichts 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 Erw. 3, 8C_107/2013 vom 23. April 2013 Erw. 3).

E. 2.5

Bei der Prüfung der Begehren darf er auch den Sachverstand versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen einbeziehen. Bei den von diesen versicherungsinternen Ärzten erstellten Stellungnahmen handelt es sich nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Entsprechend kommt ihnen praxisgemäss auch nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Wird allein gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen entschieden, sind daher an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen medizinischen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_685/2012 vom 18. Dezember 2012 Erw. 4.2.2).

E. 3.1

Mit Bericht vom 26. Januar 2015 (Suva-act. 9) meinte Orthopäde und Handchirurg FMH Dr. F___, St. Gallen, eigentlich drehe eine Maschine in der Regel im Vorwärtslauf, sodass es zu einer Pronation des Handgelenks hätte kommen müssen. Bei der dynamischen Röntgenuntersuchung sei keine signifikante Aufweitung des SL-Abstandes bei auch sonst physiologischem Handwurzelknochen zu erkennen gewesen; allerdings habe eine Ultraschalluntersuchung einen vor dem Eintritt in den Karpalkanal verdickten Nervus medianus, also ein Pseudoneurom (von 16 mm² statt 11 mm², Gegenseite 13 mm²), erkennen lassen, ausserdem etwas Erguss oder ein okkultes Ganglion radiopalmar vor dem Scaphoid.

Seite 8

Gemäss Bericht der Radiologie Nordost vom 26. Januar 2015 (Suva-act. 12) zeigten sich anlässlich einer MRI-Untersuchung des rechten Handgelenks ein kräftiger und normal signalgebender Nervus medianus sowie eine leichtgradige Osteodystrophie der Handwurzelknochen, eine Zerrung der dorso-radialen Gelenkkapsel, ferner auch eine beginnende Degeneration des radio-scaphoidalen Gelenks, eine 6 x 2 mm messende multilokulierte Ganglionzyste an der radio-palmar Gelenkkapsel auf Höhe des radio-scaphoidalen Gelenks und eine moderate Degeneration der Basis des Diskus triangularis.

Im Bericht der Radiologie Nordost vom 5. Februar 2015 (Suva-act. 78) über eine CT-Untersuchung des rechten Handgelenks war die Rede von beginnenden degenerativ-arthrotischen Veränderungen des radio-scaphoidalen Gelenks und des distalen Radio-Ulnar-Gelenks, ferner von beginnenden degenerativen ossären Veränderungen im triquetro-pisiformen Gelenk und einem ca. 4 x 4 x 3 mm grossen randsklerosierten lobulierten intraossären Ganglion-Zeichen cortico-subcortical ulno-palmar im mittleren Scaphoid-Drittel.

E. 3.2

Vor diesem Hintergrund erscheint es als nachvollziehbar, dass Kreisärztin und Chirurgin FMH H___ mit Beurteilung vom 10. Februar 2015 (Suva-act. 15) zwar eine unfallbedingte Teilkausalität als überwiegend wahrscheinlich annahm, aber auch krankheitsbedingte Befunde als wahrscheinlich bezeichnete, welche Einschätzung von Kreisarzt und Orthopäde Dr. I___ mit Stellungnahme vom 24. Februar 2015 (Suva-act. 18) geteilt wurde.

Bereits am 18. Februar 2015 hatte Dr. F___ gemäss Bericht vom 19. Februar 2015 (Suva-act. 17) eine Neurolyse des Nervus medianus mit Karpaldachspaltung an der rechten Hand bei einem CTS vorgenommen. Anscheinend brachte diese Massnahme nicht die erhoffte Besserung, wie aus einem weiteren Bericht dieses Arztes vom 2. April 2015 (Suva-act. 25) zu schliessen ist, wonach vor einer weiteren Operation in Anbetracht der Diskussion über eine SL-Bandläsion oder degenerative Veränderungen eine Test-Infiltration des Handgelenks erfolgen sollte, was gemäss Bericht vom 8. April 2015 (Suva-act. 34) dann der Fall war.

Mit Bericht vom 10. April 2015 (Suva-act. 28) räumte Dr. F___ ein, die Kribbelparästhesien seien nach der CTS-Operation zwar deutlich besser, doch seien die radiopalmaren und radialen Schmerzen im Handgelenk geblieben. Seither habe er intraartikuläre sowie sequentielle palmare und radiopalmare Testinfiltrationen an verschiedenen anatomischen Strukturen vorgenommen, um die Schmerzursache einzugrenzen. Dabei stünden eine Zyste und auch die radiokarpalen Veränderungen im Vordergrund, weshalb er an eine operative Revision denke, die gemäss Bericht vom 28. April 2015 (Suva-act. 36) am Vortag mit einer Ganglionresektion und einer Handgelenksdenervation erfolgte.

In diesem Zusammenhang verneinte Kreisarzt und Orthopäde Dr. E___ mit Aktennotiz vom 12. Mai 2015 (Suva-act. 40) einen Zusammenhang der älteren SL-Bandverletzung, die mindestens teilkausal für die Dekompensation des rechten Handgelenks sei, mit dem Vorfall vom 11. Dezember 2014. Zuvor hatte schon Hausarzt Dr. D___ mit Bericht vom 21. April 2015 (Suva-act. 35) ein CTS und eine Ganglionzyste diagnostiziert, beide unfallfremd, während Kreisarzt Dr. I___ die beschriebene Zerrung der dorsoradialen Gelenkkapsel mit Aktennotiz gleichen Datums (Suva-act. 32) als wahrscheinlich teilkausal für die vorgesehene Ganglionexstirpation bezeichnet hatte.

E. 3.3

Auf Anfrage Dr. F___ vom 27. Mai 2015 (Suva-act. 50) meinte Dr. J___, leitender Arzt Handchirurgie am Spital in Altstätten, mit Stellungnahme vom 16. Juni 2015 (Suva-act. 52), die Befunde der CT- und MRI-Untersuchungen verwiesen auf eine beginnende karpale und radiokarpale Arthrose, die allerdings nur schlecht zu den vom Versicherten angegebenen klinischen Beschwerden passe. Aus der Schmerzangabe über dem ersten Strecksehnenfach sei auf eine Tendovaginitis stenosa von Quervain zu schliessen, bei der eine Infiltration mit einem Kortikosteroid allenfalls erfolgversprechend sein könne. Von weiteren Operationen, auch einer Handgelenks-Arthroskopie, sei mangels sicheren Nutzens abzuraten und stattdessen ein Kraftaufbau bei im Test gezeigter sehr niedriger Faustschlusskraft zu empfehlen. Gestützt auf diese Stellungnahme verneinte Kreisarzt Dr. E___ mit Aktennotiz vom 18. Juni 2015 (Suva-act. 53) eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ab dem 16. Juni 2015, woraufhin seitens der Suva die vorliegend angefochtene Verfügung erging.

E. 3.4

Während des Einspracheverfahrens führte Dr. F___ gemäss Bericht vom 12. August 2015 (Suva-act. 65, 3/7) zwei Tage vorher eine Arthroskopie des rechten Handgelenks aufgrund der seines Erachtens eindeutigen Traumaanamnese und der trotz der beiden von ihm am 18. Februar und am 27. April 2015 vorgenommenen Operationen anhaltenden Schmerzen durch, wobei sich eine SL-Bandläsion Geissler Stadium III gezeigt habe. Dieser und die weiteren Berichte ergingen zwar nach dem für die richterliche Beurteilung grundsätzlich massgebenden Zeitpunkt der Verfügung bzw. des Einspracheentscheides, doch können sie aus prozessökonomischen Gründen ausnahmsweise einbezogen werden, wenn - wie vorliegend - der nach dem erwähnten Zeitpunkt eingetretene, allenfalls zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist und die Verfahrensrechte der Parteien, insbesondere deren Anspruch auf rechtliches Gehör, Seite 10 respektiert worden sind (BGE 130 V 138 Erw. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_263/2016 vom 20. Juni 2016 Erw. 5). Gegenüber Dr. J___ meinte Dr. F___ mit Schreiben vom 17. August 2015 (Suva-act. 65, 5/7), dass die auf das fragliche Ereignis vom 11. Dezember 2014 zurückzuführende SL-Bandläsion im SLAC-Wrist Stadium 1 nunmehr mit einer Sehnenrekonstruktion behandelt werden müsse, da eine einfache Naht angesichts des arthroskopischen Befundes nicht mehr als sinnvoll erscheine. Dies sei ein erheblicher Eingriff mit einer langen Rehabilitation, wobei offen sei, wie stark das Handgelenk danach belastbar sei. Gemäss Bericht vom 1. September 2015 (Suva-act. 65, 6/7) führte Dr. F___ am Vortag dann eine SL-Bandrekonstruktion am rechten Handgelenk wegen dauernder Schmerzen und wegen einer Nervus medianus-Symptomatik durch. Mit Schreiben vom 8. September 2015 (Suva-act. 76) attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit dem Unfall vom 11. Dezember 2014, jedoch eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, bei der die rechte Hand nur für leichte Hilfsfunktionen eingesetzt werden müsse, was gewissermassen einer Einhändigkeit entspreche. Eine Verbesserung sei frühestens in drei bis sechs Monaten realistisch, wobei stark belastende Tätigkeiten rechts voraussichtlich nie mehr möglich seien. Im radialen Carpusbereich, über dem Scaphoid und über dem Processus styloideus radii bestehe weiterhin eine Druckdolenz.

E. 3.5

Daraufhin erstattete Kreisarzt Dr. E___ am 21. September 2015 eine einlässliche Stellungnahme (Suva-act. 63). Der vom Versicherten geschilderte Unfallhergang sei nicht ohne weiteres nachvollziehbar, da es bei der Blockierung einer Bohrmaschine eher zum Stillstand des Bohrers und damit nicht zu einer Beschleunigung des am Handgriff der Bohrmaschine fixierten Handgelenks komme, worauf schon Dr. F___ im Bericht vom 26. Januar 2015 hingewiesen habe. Im radiologischen Bericht gleichen Datums werde neben einem leichten Ödem im Bereich der dorso-radialen Gelenkkapsel kein weiterer Befund dokumentiert, der mit einer Traumatisierung des rechten Handgelenks in Verbindung zu bringen wäre. Auch der Nervus medianus werde in der MRI-Untersuchung fünf Wochen nach dem angeschuldigten Ereignis als normal signalgebend und unauffällig beschrieben. Trotzdem habe Dr. F___ die Indikation für die Dekompression des Karpaltunnels gestellt, dabei aber dessen neurophysiologische Untersuchung mit Messung der Nervenleitgeschwindigkeit nicht veranlasst. Auch die weiteren von ihm vorgenommenen Operationen mit Resektion der kernspintomographisch und sonographisch gesicherten Ganglionzysten palmar vor dem Kahnbein und die Denervation des arthrotisch vorgeschädigten radio-carpalen Handgelenksbereiches seien nicht auf das fragliche Ereignis zurückzuführen und hätten die vom Versicherten geklagten Beschwerden nicht verbessert. Der im Hinblick auf eine Handge-

lenksarthroskopie um eine Zweitmeinung angefragte Dr. J___ habe denn auch von weiteren operativen Eingriffen abgeraten. Die von ihm festgestellte Tendovaginitis de Quervain, Seite 11 also eine entzündliche Veränderung der ersten Strecksehne im Strecksehnenfach, stelle eine unfallunabhängige und durch repetitive Überlastungen der Sehnenscheide bei Überbeanspruchung des Handgelenks bedingte Erkrankung dar. Diese Diagnose stehe im Einklang mit den MRI-Befunden eines unfallunabhängig geschädigten krankhaften Verschleisszustandes des rechten Handgelenks sowie der assoziierten Weichteilgewebe und vermöglicherweise zu erklären, weshalb die von Dr. F___ durchgeführten Operationen keine wesentliche Verbesserung gebracht hätten.

Vor diesem Hintergrund sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Ereignis vom 11. Dezember 2014 eine leichte Distorsion mit Zerrung der dorso-radialen Handgelenkscapsel bewirkt habe. Gemäss den Richtlinien des Reintegrations-Leitfadens Unfall des Schweizer Versicherungsverbandes sei in solchen Fällen spätestens nach acht Wochen wieder mit einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit zu rechnen; die maximale Behandlungsdauer betrage bei leichten Fällen 12 Wochen, bei schwereren Fällen mit Handgelenksinstabilität sowie Nerven- und Gefässbeteiligung 24 Wochen. Deshalb seien die vom Versicherten anlässlich der Konsultation im Spital Altstätten am 16. Juni 2015 weiterhin geklagten Beschwerden des rechten Handgelenks mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr als Folgen des angeschuldigten Ereignisses vom 11. Dezember 2014 anzusehen, sondern einer unfallunabhängigen Überlastung des ersten Strecksehnenfaches und vorbestehenden degenerativen Verschleisserkrankung des Handgelenks zuzuschreiben. Der Status quo sine nach leichter Handgelenksdistorsion sei mithin spätestens zum Zeitpunkt der Konsultation in Altstätten erreicht gewesen und die angefochtene Verfügung der Suva deshalb zu bestätigen.

Im Zusammenhang mit dieser Stellungnahme wies RA B___ die Suva darauf hin, dass die von Dr. F___ am 10. und am 31. August 2015 durchgeführten Operationen (Arthroskopie und SL-Bandrekonstruktion am rechten Handgelenk) in Dr. E___ Stellungnahme vom 21. September 2015 nicht erwähnt worden seien. Dieser Hinweis erfolgte zu Recht, da der Kreisarzt nur über die Akten bis und mit der Einsprache vom 17. Juli 2015 verfügte. Die Suva verzichtete darauf, ihn anzufragen, ob sich aufgrund der beiden Operationen etwas an seiner bisherigen Einschätzung ändere.

E. 3.6

Stattdessen holte sie im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine Beurteilung beim internen versicherungsmedizinischen Dienst ein. Mit Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 (Suva-act. 82) bezeichnete Chirurg FMH PD Dr. G___ von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva den Unfallmechanismus als nachvollziehbar. Weshalb er, wie vom Beschwerdeführer in der Replik geltend gemacht, für die Beurteilung des vorliegend umstrittenen Sachverhalts nur deshalb nicht geeignet sein sollte, weil er nicht auch noch über eine Spezialisierung in Handchirurgie verfügt, wird nicht näher begründet und ist auch nicht ersichtlich. PD Dr. G___ meinte, durch das fragliche Ereignis sei das schon okkult vorliegende CTS symptomatisch geworden. Die Läsion des scapholunären Bandes sei als vorbestehend zu werten, weil für eine frische Verletzung ein massives Trauma (300 N) vorliegen müsse, was hier nicht der Fall sei; in der Beurteilung findet sich allerdings auch die Angabe, dass relativ triviale Ereignisse für eine scapholunäre Dissoziation verantwortlich sein könnten (S. 11 oben). Die radioscapuloide Arthrose sei eine typische Folge einer vorbestehenden scapholunären Instabilität, könne aber bis anhin

asymptomatisch gewesen sein. Zusammenfassend seien die nach dem 16. Juni 2015 geklagten Beschwerden an der rechten Hand nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 11. Dezember 2014 zurückzuführen, das allerdings mit der gleichen Wahrscheinlichkeit eine vorübergehende Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes bewirkt habe, wobei der Status quo sine in einer manuellen Erwerbstätigkeit zwölf Wochen nach einer Carpaltunnelspaltung erreicht worden sein sollte.

Diese Beurteilung PD Dr. G___ wirkt insofern etwas ergebnisorientiert, als er abschliessend formulierte "Die Einstellung der Leistungen durch die Suva per 16.06.2015 [recte: 23.06.15] wird gestützt", welcher Satz in ähnlicher Form auch schon die Stellungnahme Dr. E___ vom 21. September 2015 abschliesst ("Die Verfügung der Suva vom 22.06.15 wird hiermit bestätigt").

E. 3.7

Schliesslich äusserte sich mit Schreiben vom 25. April 2016 (Beilage zur Replik) auch Orthopäde FMH Dr. K___ im Sinne einer Zweitmeinung zuhanden von Berufskollege Dr. F___. Wie schon Dr. J___ am 16. Juni 2015 sprach er sich mangels bisherigen Erfolgs zwar ebenfalls gegen weitere Operationen aus, meinte abschliessend aber, dass eine SL-Bandverletzung durch das fragliche Ereignis sehr wohl möglich sei, zumal in den aktuellen wie auch bereits in den früheren Röntgenbildern keine signifikante radio-scaphoidale Arthrose feststellbar gewesen sei. Ausserdem regte er eine neurologische Abklärung der vom Versicherten im Bereich des Nervus medianus und des Ramus superficialis Nervi radialis geklagten Gefühlsstörung an. Damit geht nicht nur Operateur Dr. F___, dessen intraoperativer Blick auf die geschädigten Strukturen wohl aussagekräftiger als die Ergebnisse radiologischer Abklärungen, und seien dies auch CT- und sogar MRI-Untersuchungen, sein dürfte, davon aus, dass das fragliche Ereignis vom 11. Dezember 2014 ursächlich für die SL-Bandläsion und die anhaltenden Beschwerden des Versicherten am rechten Handgelenk sei, sondern auch Dr. K___ sieht eine solche Möglichkeit. In Anbetracht der diesen Einschätzungen gegenüber stehenden Beurteilungen der Suva-Kreisärzte erscheint der vorliegende Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt, weshalb der Suva der Nachweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs zwischen dem fraglichen Ereignis und den anhaltenden Beschwerden des Versicherten derzeit misslingt. An dieser Einschätzung ändert auch die nochmalige Stellungnahme PD Dr. G___ vom 24. Mai 2016 (Beilage zur Duplik), wonach sich eine SL-Bandruptur zusätzlich mit Signalalterationen im Sinne eines Knochenmarködems an beiden beteiligten Handwurzelknochen hätte manifestieren müssen, sich solche vorliegend zwar an verschiedenen Stellen fänden, allerdings in scharf begrenzt Form wie bei knöchernen Erosionen wie z.B. einer Arthrose, nichts.

E. 3.8

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid vom

E. 6

Oktober 2015 deshalb mitsamt der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 22. Juni 2015 aufzuheben und die Angelegenheit zur externen ergänzenden medizinischen Abklärung bzw. Klarstellung der Frage, ob die SL-Bandläsion krankheits- oder unfallbedingt ist, sowie zur Neuentscheidung an die Suva zurückzuweisen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 Erw. 3.2, 8C_284/2014 vom 16. Dezember 2014 Erw. 5.6).

4. 4.1

Vorliegend sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).

4.2

Dem Beschwerdeführer ist zulasten der Suva eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_491/2010 vom 23. September 2010 Erw. 4, 8C_695/2011 vom 29. Mai 2012 Erw. 3.2).

Seite 14 Demnach erkennt das Obergericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A___ wird der angefochtene Einspracheent- scheid aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und Neuent- scheidung im Sinne der Erwägungen an die Suva zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zulasten der Suva zugesprochen.
4. Rechtsmittel: Gegen diesen Entscheid kann, soweit damit ein Teilentscheid gefällt wird (Art. 91 lit. a BGG) oder die Rückweisung die Voraussetzungen gemäss Art. 93 Abs. 1 lit. a oder b BGG erfüllt, innert 30 Tagen seit dessen Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern geführt werden.
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Suva und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

lic. iur. Ernst Zingg Der Gerichtsschreiber:

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 6.12.16

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