

# **BGer 8C\_638/2018 vom 22. Januar 2019**

Bundesgericht, 2019-01-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_8C\\_638\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_638_2018)

FR: TF 8C\_638/2018 du 22 janvier 2019

IT: TF 8C\_638/2018 del 22 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann eine Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG gerügt werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an ( Art. 106 Abs. 1 BGG ). Dennoch prüft es - offensichtliche Fehler vorbehalten - nur die in seinem Verfahren gerügten Rechtsmängel (Art. 42 Abs. 1 f. BGG; BGE 135 II 384 E. 2.2.1 S. 389).

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden ( Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG ).

### **E. 2**

Das kantonale Gericht hat die rechtlichen Grundlagen über den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden ( BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.) richtig dargelegt. Gleiches gilt betreffend den Wegfall der Unfallkausalität bei Erreichen des Zustands, wie er vor dem Unfall bestand oder sich auch ohne diesen ergeben hätte (Status quo ante vel sine; SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C\_331/2015 E. 2.1.1), den massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ( BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) und den Beweiswert ärztlicher Berichte ( BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3 S. 352 f.). Darauf wird verwiesen.

Zu ergänzen ist, dass eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen ist, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen bestehen ( BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229 mit Hinweis).

### **E. 3.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob das kantonale Gericht Bundesrecht verletzte, indem es die Unfallkausalität der am 21. September 2016 erfolgten Operation des Carpaltunnels rechts verneinte und darüber hinaus den verfügten Fallabschluss auf den 28. Februar 2017 schützte.

### **E. 3.2**

Die Vorinstanz erwog im Wesentlichen, gemäss Bericht der Dres. med. G. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_, Leitende Ärzte, Spital C. \_\_\_\_\_, vom 26. Januar 2017 hätten bereits nach dem Unfall vom 21. April 2016 neuropathische Schmerzen im Innervationsgebiet des Nervus medianus bestanden. Die damalige Schwellung im Handgelenksbereich deute darauf hin, dass das erst später definitiv diagnostizierte CRPS schon damals existiert habe. Durch dieses bzw. durch die Schwellung im Carpaltunnel sei das CTS verursacht worden. Laut diesen Ärzten seien somit das CTS und die Operation vom 21. September 2016

unfallkausal. Diese Auffassung vertrete auch der Hausarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin FMH. Demgegenüber habe die Suva-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 22. August 2017 die Diagnose eines CRPS vor dieser Operation als nicht gesichert und das CTS als nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal erachtet. Denn die MRI-Aufnahme vom 20. Juni 2016 habe keine Hinweise auf Blutergüsse im Bereich der oberflächlichen Weichteile des Handgelenks und keine Flüssigkeitsansammlungen in den tieferen Schichten wie dem Beugesehnenfächer oder dem Nervus medianus gezeigt. Die neurologischen Abklärungen im Spital D. \_\_\_\_\_ vom 19. August 2016 hätten gemäss Bericht vom 25. August 2016 ein mehr oder weniger seitengleiches CTS links und rechts, rechts symptomatisch, bestätigt. Laut Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass das beidseitige CTS unfallkausal sei. Auch eine unfallkausale Verschlimmerung sei unwahrscheinlich. Zur Frage des CRPS habe sie ausgeführt, im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 25. August 2016 sei es bloss als Verdacht formuliert worden. Zwar liessen gemäss Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die am 25. Januar 2017 im Spital C. \_\_\_\_\_ festgestellte leichte Schwellung von Hand und Fingern mit vermehrter Schweiss-Resektion und vermehrtem Haarwachstum auf Hand und Fingern an sich auf ein CRPS schliessen. Doch seien im entsprechenden Bericht vom 26. Januar 2017 die für die Begründung einer CRPS-Diagnose relevanten Budapest-Kriterien nicht geprüft worden. Gleiches gelte für den Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 25. August 2016. Diese Kriterien seien erstmals im Austrittsbericht der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2017 angewendet worden und für die Bejahung eines CRPS nicht mehr erfüllt gewesen. Somit sei laut Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ein CRPS bloss für die Zeit ab 3. November 2016 (Verlaufseintrag der Handchirurgie des Spitals D. \_\_\_\_\_) bis zum Eintritt des Versicherten in die Klinik E. \_\_\_\_\_ am 20. April 2017 höchstens möglich. Jedenfalls könne es für die Zeitpunkte der knöchernen Konsolidation der Fraktur am 6. September 2016 und der Operation am 21. September 2016 nicht als erstellt gelten. Überwiegend wahrscheinlich sei einzig ein Zusammenhang zwischen der CTS-Operation und dem fraglichen CRPS. Zusammenfassend seien gestützt auf die Einschätzung der Dr. med. F. \_\_\_\_\_ weder ein CRPS noch eine unfallursächliche Entstehung oder Verschlimmerung des vorbestehenden CTS überwiegend wahrscheinlich. Somit habe die Suva ihre Leistungspflicht zu Recht verneint.

#### **E. 4**

Der Beschwerdeführer macht als Erstes geltend, die Vorinstanz und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ seien entsprechend der Unfallmeldung vom 11. Mai 2016 davon ausgegangen, er habe sich beim Unfall vom 21. April 2016 während des Herunterladens einer Maschine von einem Lastwagen den Finger eingeklemmt. Dies sei falsch. Vielmehr habe er sich beim Reinigen einer Maschine die rechte Hand eingeklemmt und sei dann mitsamt der Maschine gestürzt. Auf die anderslautenden Angaben in der Unfallmeldung, die er weder ausgefüllt noch unterschrieben habe, könne nicht abgestellt werden. Demnach seien beim Unfall ganz erhebliche Kräfte aufgetreten, die direkt auf das in der Maschine fixierte Handgelenk gewirkt hätten.

Diese Schilderung des Unfallhergangs durch den Versicherten entspricht im Wesentlichen seinen Angaben bei der Besprechung mit der Suva vom 12. August 2016. Der entsprechende Suva-Bericht war der Vorinstanz und Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bekannt. Letztere verwies eingangs ihrer Beurteilung zudem auf den Notfallbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom Unfalltag, worin ausgeführt wurde, der Versicherte habe beim Reinigen

einer sich drehenden Mischmaschine die Hand in die Maschine gebracht und sei auf die rechte Seite gekippt. Dabei habe er sich v.a. die rechte Handkante angeschlagen. Letztlich kann aber offen bleiben, wie sich das von der Suva als Unfall anerkannte Ereignis vom 21. April 2016 genau abspielte. Denn massgebend ist, zu welchen Verletzungen es an der rechten Hand des Beschwerdeführers führte.

### **E. 5.1**

Der Beschwerdeführer bringt vor, willkürlich sei die Schlussfolgerung der Vorinstanz, zu keiner Zeit - auch nicht nach der Operation vom 21. September 2016 - habe ein CRPS bestanden. Sie begründe dies damit, die Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ habe am 18. Mai 2017 ein CRPS unter Bezugnahme auf die Budapest-Kriterien verneint; demgegenüber hätten die Ärzte, die es nach der Operation bejaht hätten, nicht auf diese Kriterien Bezug genommen. Allein aus der Nichterwähnung dieser Kriterien könne jedoch nicht geschlossen werden, sie seien bei der Diagnose nicht berücksichtigt worden. Ebenso wenig könne allein aus dem Umstand, dass die Rehaklinik E.\_\_\_\_\_ diese Kriterien erwähnt habe, gefolgert werden, es habe kein CRPS vorgelegen. Sie habe die Kriterien nämlich weder aufgezählt noch dargelegt, welche von ihnen aus welchem Grund nicht erfüllt seien. Somit hätte die Vorinstanz diesbezüglich bei den betroffenen Ärzten nachfragen und die genaue Begründung für die Diagnose resp. "Nichtdiagnose" verlangen müssen.

### **E. 5.2**

Vorliegend ist massgebend, ob bis zum Zeitpunkt der Carpaltunnel-Operation vom 21. September 2016 ein unfallbedingtes CRPS an der rechten Hand des Beschwerdeführers vorlag (vgl. E. 3.1 hievor). Das Spital D.\_\_\_\_\_ erachtete am 25. August 2016 ein solches bloss als möglich. Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist aber ein Sachverhalt nicht bewiesen, wenn er bloss möglich ist ( BGE 138 V 218 E. 6 S. 221). Es liegen keine Arztberichte vor, aus denen sich ergäbe, dass bis zum Operationszeitpunkt ein CRPS an der rechten Hand des Beschwerdeführers bestanden hätte.

### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer wendet weiter im Wesentlichen ein, die Vorinstanz habe zu Recht festgestellt, dass es durch den Unfall zu einer (vorübergehenden) Schwellung am Handgelenk gekommen sei. Sie verneine aber eine Einengung des Carpalkanals. Demgegenüber hätten die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. Januar 2017 das Auftreten von typischen CTS-Symptomen gerade mit dieser Schwellung begründet. Sie hätten nämlich sinngemäss ausgeführt, das CTS sei durch die Schwellung symptomatisch geworden. Daraus müsse geschlossen werden - so der Versicherte weiter -, dass der Nervus medianus durch die massive Kontusion und Distorsion des Handgelenks anlässlich des Unfalls mit konsekutiver Schwellung eingeklemmt worden und es dadurch zu den Symptomen des CTS und zur Operation sowie zu den dadurch verursachten Beschwerden im rechten Arm gekommen sei. Dabei sei unerheblich, ob damals bereits ein CRPS ausgewiesen gewesen sei oder bloss eine entsprechende Verdachtsdiagnose bestanden habe. Unbehelflich sei das Argument der Vorinstanz, Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sei aufgrund der Akten und des Bildmaterials zum Schluss gekommen, der Unfall habe sich nicht auf den Bereich des Carpaltunnels ausgewirkt. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ habe sich am 22. August 2017 nämlich gerade nicht mit der Entstehung resp. dem Symptomatischwerden des CTS durch die nach dem Unfall entstandene Schwellung im Handgelenksbereich

auseinandergesetzt. Sie verliere kein Wort zur Meinung der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2017. Es bestünden somit zumindest leichte Zweifel an den Ausführungen der Dr. med. F.\_\_\_\_\_, weshalb die Vorinstanz weitere Abklärungen hätte vornehmen müssen.

#### **E. 6.2.1**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ war der Bericht der Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2017 und die darin festgestellte leichte Schwellung der ganzen Hand und der Finger des Versicherten bekannt. Indessen ist einzig zu prüfen, ob bereits im Zeitpunkt der Carpal-Tunnel-Operation am 21. September 2016 ein unfallbedingtes CTS an der rechten Hand bestand (vgl. E. 3.1 hievor).

#### **E. 6.2.2**

Dr. med. F.\_\_\_\_\_ berücksichtigte bei der Beurteilung des CTS den Bericht des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2016 betreffend die Untersuchung des Versicherten vom 26. Juli 2016. Gestützt hierauf stellte sie fest, dass ein geschwollenes DIP-Gelenk am rechten Kleinfinger, das rechte Handgelenk aber als unauffällig dokumentiert worden sei. Weiter führte sie gestützt auf den Bericht des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 25. August 2016 betreffend die elektrodiagnostische Untersuchung aus, das CTS sei an beiden Händen festgestellt worden. Basierend auf den vorliegenden Unterlagen, den klinischen Befunden und der MRI-Untersuchung vom 20. Juni 2016 sei es unwahrscheinlich, dass das beidseitige, rechts symptomatische CTS durch den Unfall vom 21. April 2016 verursacht worden sei. Auch eine unfallkausale Verschlimmerung sei nicht überwiegend wahrscheinlich, weil es sich beim CTS strukturell um eine Einengung des Nervus medianus im Carpalkanal handle und in dieser Lokalisation keine direkten oder indirekten Hinweise dokumentiert worden seien, die ursächlich einen unfallkausalen Zusammenhang ausweisen würden.

Damit setzte sich Dr. med. F.\_\_\_\_\_ einlässlich und nachvollziehbar mit der Entstehung bzw. Unfallkausalität des CTS des Beschwerdeführers auseinander. Demgegenüber befassten sich die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ im vom Versicherten angerufenen Bericht vom 26. Januar 2017 nicht mit den Ergebnissen der MRI vom 20. Juni 2016 und der elektrodiagnostischen Untersuchung vom 19. August 2016.

Weiter ist festzuhalten, dass die Dres. med. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ am 26. Januar 2017 ausführten, sie gingen davon aus, dass das aktuell klinisch eindeutige CRPS I bereits nach dem Unfallereignis vom 21. April 2016 bestanden und durch die Schwellung auch im Carpal-Tunnel das CTS verursacht habe. Dem ist entgegenzuhalten, dass bis zum Zeitpunkt der Carpal-Tunnel-Operation vom 21. September 2016 ein CRPS nicht erstellt ist (vgl. E. 5.2 hiervor). Aus den Berichten des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2016 und 25. August 2016 ergibt sich auch keine Schwellung des rechten Handgelenks.

#### **E. 6.2.3**

Aus der im Internet zugänglichen und damit zulässigerweise neu aufgelegten (nicht publ. E. 2.3 des Urteils BGE 136 V 395, in SVR 2011 KV Nr. 5 S. 20 [9C\_334/2010]) Publikation "Carpaltunnelsyndrom" der Schulthess Klinik, Zürich, wonach mögliche Ursachen für das Auftreten eines CTS unter anderem Schwellungszustände von Hand und Vorderarm, zum Beispiel nach Verletzungen, seien, kann der Versicherte unter den gegebenen Umständen nichts zu seinen Gunsten ableiten.

#### **E. 6.2.4**

Der Beschwerdeführer argumentiert zudem, die Vorinstanz verneine die Möglichkeit, dass das allenfalls vorbestehende, asymptomatische CTS erst durch den Unfall symptomatisch geworden sei, mit dem Hinweis auf die Unzulässigkeit der Beweisregel "Post-hoc-ergo-propter-hoc". Dabei übersehe sie, dass in vergleichbaren Fällen, wie z. B. bei HWS-Verletzungen und Diskushernien, in denen in der Regel bildgebend auch keine unfallbedingten Veränderungen festgestellt werden könnten, gleichwohl allein aufgrund der nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden eine (zeitlich begrenzte) Leistungspflicht des Unfallversicherers bejaht werde. Die Vorinstanz habe verkannt, dass in solchen Fällen, zu denen auch der vorliegende gehöre, die "Post-hoc-ergo-propter-hoc"-Rechtsprechung nicht angewendet werden könne. Dieser Einwand trifft nicht zu. Denn auch in jenen Fällen ist die Beweismaxime "Post-hoc-ergo-propter-hoc" unzulässig (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341; Urteile 8C\_669/2015 vom 3. November 2015 E. 5.2.1 und 8C\_124/2014 vom 14. November 2014 E. 7.1).

#### **E. 7**

Insgesamt erfüllt die Einschätzung der Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2017 die Beweisanforderungen an eine medizinische Aktenstellungnahme (hierzu siehe SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63, 8C\_239/2008 E. 7.2; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d). Da keine Arztberichte oder andere Hinweise vorliegen, die daran auch nur geringe Zweifel zu begründen vermöchten (vgl. E. 2 hiervor), stellte die Vorinstanz zu Recht darauf ab. Von einer widersprüchlichen oder willkürlichen Argumentation kann entgegen dem Beschwerdeführer nicht gesprochen werden.

Da von weiteren Abklärungen keine entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind, durfte die Vorinstanz darauf verzichten. Dies verstösst weder gegen den Untersuchungsgrundsatz ( Art. 61 lit. c ATSG ) noch gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. Beweisabnahme ( Art. 29 Abs. 2 BV ; antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236; Urteil 8C\_577/2017 vom 16. Januar 2018 E. 9).

#### **E. 8**

Der unterliegende Beschwerdeführer trägt die Gerichtskosten ( Art. 66 Abs. 1 BGG ).

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