

GR_GERICHTE S 2021 115 vom 25. April 2023

GR Gerichte, 2023-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2021 115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2021_115)

FR: GR_GERICHTE S 2021 115 du 25 avril 2023

IT: GR_GERICHTE S 2021 115 del 25 aprile 2023

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____, Jahrgang 1968, wohnhaft in B._____, war bei der Basler Versicherung AG obligatorisch unfallversichert, als er am 30. September 1988 einen Motorradunfall erlitt und sich dabei das rechte Handgelenk verletzte. Die Basler Versicherung AG anerkannte ihre Leistungspflicht und richtete bis im Mai 1989 Heilbehandlungskosten in der Höhe von CHF 1'039.20 aus; Taggelder mussten mangels Arbeitsunfähigkeit keine ausgerichtet werden.

E. 1.1

Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 1. November 2021 (siehe Akten des Beschwerdeführers [Bf-act.] 1; Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 4/7). Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer wohnt im Kanton Graubünden, womit die örtliche

- 6 - Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als im Einspracheverfahren unterlegener, formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer davon überdies berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Überprüfung auf (vgl. Art. 59 ATSG).

E. 1.2

Nicht eingetreten werden kann auf das Rechtsbegehren des Beschwerdeführers betreffend Rückerstattung der bezahlten Behandlungskosten an die Krankenkasse sowie Rückerstattung der vom Beschwerdeführer getragenen Selbstbehalte. So ist der Beschwerdeführer nicht legitimiert, die von der Krankenkasse aufgewendeten Behandlungskosten zugunsten des Krankenversicherers einzufordern. Vielmehr steht das übliche Regressrecht einzig dem Krankenversicherer selber zu (vgl. Art. 72 ATSG). Der Krankenversicherer ÖKK des Beschwerdeführers hat – soweit ersichtlich – dieses Recht nicht in Anspruch genommen und seine Leistungspflicht nicht bestritten. Die vom

Beschwerdeführer erbrachten Selbstbehalte sind im Rahmen jenes Krankenversicherungsverhältnisses zu würdigen und nicht Gegenstand des vorliegenden unfallversicherungs- rechtlichen Beschwerdeverfahrens. Im Übrigen ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 24. November 2021 einzutreten (Art. 60 und Art. 61 ATSG).

E. 2

Die Erstkonsultation bei Dr. med. C._____, Klinik Gut in St. Moritz, erfolgte am 23. Dezember 2010, der an der rechten Hand eine posttrau- matische Carpalarthrose diagnostizierte.

E. 2.1

Versicherungsleistungen nach dem UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person - 7 - infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). 2.2.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammen- hang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammen- hangs 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 147 V 161 E.3.1 und E.3.2, 129 V 177 E.3.1, je mit weiteren Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E.1, 129 V 177 E.3.1, 119 V 335 E.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E.3.2.1). 2.2.2. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 147 V 161 E.3.1). Nach

- 8 - 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 148 V 356 E.3, 129 V 177 E.3.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E.3.4, 8C_596/2021 vom 12. Juli 2022 E.3, 8C_623/2019 vom 21. Januar 2020 E.2.2). Der Voraussetzung des adäquaten Kausal- zusammenhangs kommt die

Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E.3.3). Sie hat bei allen Gesundheitsschädigungen, die aus ärztlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche Unfallfolgen gelten, Platz zu greifen. Die Frage der Adäquanz ist eine Rechtsfrage, sie ist nicht von medizinischen Sachverständigen, sondern vom Richter zu beurteilen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E.5.6, 8C_15/2021 vom 12. Mai 2021 E.7.3, 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E.5.2). Dabei spielt im Sozialversicherungsrecht die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 140 V 356 E.3.2, 138 V 248 E.4, 127 V 102 E.5b/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E.3.4). Gemäss Rechtsprechung kann ein Beschwerdeführer allein aus der Verwendung des medizinischen Begriffs "Trauma" nichts zu seinen Gunsten ableiten; insbesondere kann nicht bereits aus dem Beiwort "posttraumatisch" auf die Bejahung der Unfallkausalität geschlossen werden. Der medizinische Begriff des Traumas ist nicht deckungsgleich mit dem versicherungsrechtlichen Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG (Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2022 vom 16. Februar 2023 E.4.1 mit Hinweisen).

- 9 - 2.2.3. Nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Gesundheitsschädigung; von Spätfolgen wird gesprochen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem oft völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (BGE 144 V 245 E.6.1 f. mit Hinweis auf BGE 127 V 456 E.4b und 118 V 293 E.2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_528/2022 vom

E. 2.3

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 ATSG). Das Gericht hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abzuklären und festzustellen. Aus der Untersuchungsmaxime folgt auch das Prinzip der freien Beweiswürdigung, wonach das Gericht an keine förmlichen Beweisregeln gebunden ist (Art. 61 lit. c ATSG). Das gesamte Beweismaterial ist unvoreingenommen und sorgfältig auf dessen Stichhaltigkeit zu prüfen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 E.5.1). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste erachtet (BGE 144 V 427 E.3.2, 138 V 218 E.6, je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_316/2022 resp. 8C_330/2022 vom 31. Januar 2023 E.4, 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E.3.1.2, 8C_722/2021 vom

E. 3

Im Jahr 2011 erlitt A._____ beim Kickboxen in Oslo eine Verstauchung des rechten Handgelenks.

E. 4

Am 6. Oktober 2016 nahm Dr. med. C._____, Klinik Gut St. Moritz, bei der Diagnose eines symptomatischen CTS rechts und einer ausgeprägten posttraumatischen Radiocarpalarthrose eine Spaltung des Carpaltunnels rechts mit Neurolyse des Nervus medianus und Suplasyon-Infiltration vor.

E. 4.1

Vom Beschwerdeführer erwähnte frühere Röntgenbilder zum Unfall im Jahr 1988 liegen nicht in den Akten. Zum Unfall gibt es – und gab es bereits 2010 – weder Unterlagen noch Bildgebung (siehe dazu die Berichte von Dr. med. C._____, Klinik Gut St. Moritz, vom 17. Juli 2020 [Bg-act. 3/19] und vom 23. September 2019 [Bg-act. 3/18]). Weiter ergeben sich Widersprüchlichkeiten in den Angaben des Beschwerdeführers. Denn – entgegen seinen Ausführungen in der Beschwerde – suchte dieser Dr. med. C._____ bereits am 23. Dezember 2010 auf (Bg-act. 3/2-3) und nicht erst infolge von Akutschmerzen nach der Verstauchung beim Kickboxen in Oslo im Jahr 2011 (Bg-act. 3/5).

E. 4.2

Erstmals aktenkundig sind medizinische Abklärungen am 23. Dezember 2010 bei Dr. med. C._____, Klinik Gut St. Moritz (Bg-act. 3/2-3). Bis dahin sind keine Brückensymptome dokumentiert (siehe Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin vom 25. Januar 2022 [Gerichtsakte A2 S. 4 und 6]). Der erste Arztbericht von Dr. med. C._____ stammt vom 28. Dezember 2010 (Bg-act. 3/3). Dr. med. C._____ diagnostizierte darin eine posttraumatische Carpalarthrose an der Hand rechts. Sämtliche Schilderungen zum Unfall aus dem Jahr 1988 gehen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zurück und waren auch für Dr. med. C._____ nicht zweifelsfrei ("Im Jahr 1988 oder 1989 hat der Patient bei einem Motorradunfall ein Polytrauma erlitten und sich dabei u.a. auch seine rechte Hand verletzt." [Bg-act. 3/3]; "Er berichtete damals von einem Motorradunfall 1989, das Datum wurde zwischenzeitlich auf 1988 korrigiert." [Bg-act. 3/19]). Zudem hielt Dr. med. C._____ nach der Erstkonsultation im Jahr 2010 fest, dass der Beschwerdeführer über die Jahre immer wieder etwas Schmerzen beklagt habe, aber intensiv Sport betrieben und auch ein Krafttraining ausgeübt habe. Schmerzen seien interessanterweise nicht bei diesen schweren Belastungen, sondern bei der Schreibmaschinentätigkeit resp. PC-Arbeit beklagt worden (Bg-act.

- 16 - 3/3). Das vom Beschwerdeführer beschriebene Polytrauma ist medizinisch indessen nirgends belegt. Auch nicht, dass er im Jahr 1988 eine schwere Fraktur der Handgelenkknochen erlitten haben soll. Dieses Vorbringen widerspricht auch den von der Beschwerdegegnerin vergüteten Heilungskosten von insgesamt lediglich CHF 1'039.20. Dagegen spricht auch, dass der Beschwerdeführer nach dem Motorradunfall am 30. September 1988, bei dem er ein Polytrauma erlitten haben soll, umgehend am darauffolgenden Montag, 3. Oktober 1988, die Arbeit wieder aufgenommen hat (vgl. Einsprache vom 26. Januar 2021 [Bg-act. 4/5]), so dass die Beschwerdegegnerin keine Taggelder leisten musste.

E. 4.3

Dr. med. C._____ erstellte im Jahre 2010 ein Röntgenbild, welches eine massive Carpalarthrose erkennen liess, was auch mit MRI vom

E. 4.4

Dr. med. D._____ hielt am 17. Januar 2011 radiologisch eine fortgeschrittene Arthrose radiocarpal und mediocarpal fest. Der Beschwerdeführer war nach der Infiltration des N. interosseus posterior praktisch vollständig beschwerdefrei und der Bewegungsumfang hatte sich deutlich verbessert (Bg-act. 3/4).

E. 4.5

Gemäss eigenen Angaben erlitt der Beschwerdeführer im Jahr 2011 beim Kickboxen eine erneute Verstauchung des rechten Handgelenks. Beim Kickboxen, einer Kampfsportart bei der mit Füßen und Händen geschlagen wird, werden Handgelenke massiv in Anspruch genommen

- 17 - (siehe dazu die Dokumentation zum Kickboxen in der Beilage der Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin [Gerichtsakte A2]).

E. 4.6

Die späteren medizinischen Abklärungen belegten ein klassisches Karpaltunnelsyndrom (CTS), das in den Jahren 2016 und 2019 operativ behoben wurde. Am 6. Oktober 2016 erfolgte durch Dr. med. C._____, Klinik Gut St. Moritz, eine Spaltung des Carpaltunnels rechts und Handgelenksinfiltration (Bg-act. 3/10-12). Am 18. März 2019 erfolgte die Denervation am Handgelenk und Daumensattelgelenk rechts sowie eine Infiltration midcarpal/radiocarpal und ulnocarpal durch Dr. med. D._____, Klinik Gut St. Moritz, mit ausgezeichnetem postoperativem Verlauf und praktisch vollständiger Beschwerdefreiheit. Dr. med. D._____ beschrieb die Diagnose einer aktivierten, posttraumatischen Panarthrose am Handgelenk rechts, äusserte sich aber nicht zur Kausalität (Bg-act. 3/14- 17).

E. 4.7

Der beratende Arzt Dr. med. E._____, Gutachter SIM, nahm am 21. Oktober 2020 im Rahmen einer Aktenbeurteilung Stellung zur Kausalität. Er hielt fest, Arthrose sei ein unspezifischer Befund und könne sowohl traumatisch als auch durch rezidivierende Mikrotraumen entstanden sein; damit liege kein Befund vor, der spezifisch traumatisch sei wie Pseudoarthrosen etc. Mangels vorhandener Unterlagen herrsche ein Zustand der Beweislosigkeit. Dr. med. E._____ beschrieb das Fehlen von erforderlichen Brückensymptomen und kam zum Schluss, dass die Kausalität des Rückfalls (nur) möglich sei (Bg-act. 2/10).

E. 4.8

Die Einschätzung des beratenden Arztes Dr. med. E._____ erscheint nach Auffassung des Gerichts schlüssig, zuverlässig und nachvollziehbar. Insbesondere wird sie nicht in Zweifel gezogen durch Dr. med. C._____, der den Beschwerdeführer erstmals 22 Jahre nach dem Motorradunfall klinisch untersuchte, keine Unterlagen oder Bildgebung zum Unfall zur

- 18 - Hand hatte und anamnestisch auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers abstellte. Dr. med. C._____ vertrat in mehreren Arztberichten die Ansicht, die Unfallkausalität sei zu bejahen (vgl. Berichte vom 28. Dezember 2010 [Bg-act. 3/3], 29. September 2011 [Bg-act. 3/6],

E. 4.9

Dass es sich bei der Beurteilung von Dr. med. E._____ um eine Akten- beurteilung handelt, schmälert ihre Aussagekraft nicht, ist doch auch eine solche beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen. Dabei geht es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts, mithin rückt die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund (siehe dazu vorhergehende Erwägung 2.4.2). Vorliegend sind alle diese Voraussetzungen zu bejahen, zumal die Fachlichkeit des beratenden Dr. med. E._____, welcher Internist sowie Gutachter SIM ist (Bg-act. 2/10),

- 19 - vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde und keine Anhaltspunkte erkennbar sind, dass Dr. med. E._____ den medizinischen Sachverhalt nicht fachkundig hätte beurteilen können. Seiner Beurteilung vom 21. Oktober 2020 steht zudem keine aktuellere fachärztliche Beurteilung gegenüber, welche Zweifel schüren würde.

E. 4.10

Zudem findet sich die Handgelenksproblematik nicht in den medizinischen Akten aus dem Jahr 2012, als der Beschwerdeführer aufgrund einer sturzbedingten Ruptur der Supraspinatussehne und des Pulley am

E. 4.11

Es leuchtet schliesslich nicht ein und fällt nicht zu seinen Gunsten aus, dass der Beschwerdeführer erst im Jahr 2020, d.h. rund 31 Jahre nach dem Unfall am 30. September 1988 und neun Jahre nach der ersten Konsultation bei Dr. med. C._____ am 23. Dezember 2010, mit den Rückfallmeldungen im Mai 2020 bzw. August 2020 unfallversicherungsrechtliche Leistungsansprüche stellte (Bg-act. 2/1-2 und 2/7). So kann den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung vom 25. Januar 2022 gefolgt werden, wonach die Tatsache, dass den Mitarbeitenden beim Stellenantritt regelmässig bekannt gegeben werde, bei welcher Versicherung sie gegen Unfall und bezüglich Krankentaggeld versichert seien, vom Beschwerdeführer nicht widerlegt worden sei. So habe der Beschwerdeführer auch Kenntnis darüber haben müssen, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit seinem Motorradunfall Leistungen erbracht habe. Schliesslich müsse sich der Beschwerdeführer entgegenhalten lassen, dass seine damalige Arbeitgeberin, die Banca della Svizzera Italiana (BSI), bis ins Jahr 2017 existiert habe, dem Beschwerdeführer also bis zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit offen

- 20 - gestanden habe, sich bei der BSI nach dem Versicherer aus dem Jahre 1988 zu erkundigen (vgl. Gerichtsakte A2 S. 10 f.).

E. 4.12

Die Beschwerden des Beschwerdeführers können nach den medizinischen Erkenntnissen verschiedene Ursachen haben, die aber nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall im Jahr 1988 zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht darauf erkannt, dass kein Kausalzusammenhang (natürliche Kausalität) zum 22 Jahre zurückliegenden Grundfall besteht und somit kein leistungs- verpflichtender Rückfall vorliegt. Mögliche und wahrscheinliche Schlussfolgerungen reichen für eine

Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin denn auch nicht aus. Im Ergebnis erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 1. November 2021 als rechtens, womit die dagegen erhobene Beschwerde vom 24. November 2021 abzuweisen ist, soweit darauf eingetreten werden kann.

E. 4.13

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass die Handgelenksbeschwerden als Folge des Sturzes aufs Glatteis am 19. Januar 2019, als der Beschwerdeführer in Oslo auf dem Trottoir einem älteren Ehepaar ausweichen und mit der rechten Hand den Sturz abfangen wollte, unbestrittenermassen nicht Gegenstand der vorliegenden Prüfung einer Leistungspflicht aus Rückfall ist. Dafür zuständig war die ÖKK als Unfallversicherer (siehe dazu den angefochtenen Einspracheentscheid [Bg-act. 4/7 S. 2], die Aktenbeurteilung von Dr. med. E._____ vom 21. Oktober 2020 [Bg-act. 2/10] sowie die Akten der ÖKK als Unfallversicherer [Bg-act. Register 10]).

E. 5

Am 19. Januar 2019 erlitt A._____ beim Sturz auf Glatteis in Oslo eine erneute Verstauchung desselben rechten Handgelenks, eine Fraktur wurde ausgeschlossen. Die Versicherungsleistungen erbrachte die dafür zuständige Unfallversicherung.

E. 5.1

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungs-

- 21 - rechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel weiterhin kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Verfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

E. 5.2

Ein Parteikostenersatz steht der obsiegenden Beschwerdegegnerin gemäss Art. 61 lit. g ATSG nicht zu.

E. 5.3

Damit erübrigen sich auch Weiterungen zum impliziten Gesuch um URP. III. Demnach erkennt das Gericht:

E. 6

Am 18. März 2019 erfolgte durch Dr. med. D._____, Klinik Gut St. Moritz, bei der Diagnose einer aktivierten, posttraumatischen Panarthrose am rechten Handgelenk eine Denervations-Operation am Handgelenk und Daumensattelgelenk rechts sowie eine Infiltration midcarpal/radiocarpal und ulnocarpal mit Cortison.

- 3 -

E. 7

Am 20. Mai 2020 bzw. August 2020 erfolgte durch A._____ bei der Basler Versicherung AG eine Rückfallmeldung zum Unfall im Jahr 1988.

E. 8

Mit Verfügung vom 6. Januar 2021 lehnte die Basler Versicherung AG gestützt auf den Bericht des beratenden Arztes Dr. med. E._____ eine Leistungspflicht zum gemeldeten Rückfall mangels Kausalität ab. Eine Kopie der Verfügung ging an die Krankenkasse.

E. 9

Die dagegen von A._____ am 26. Januar 2021 erhobene Einsprache wies die Basler Versicherung AG mit Einspracheentscheid vom 1. November 2021 ab.

E. 10

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 24. November 2021 (Poststempel) Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er beantragte, die Folgeschäden seien als Unfallfolge zu akzeptieren und die bezahlten Behandlungskosten der letzten Jahre an seine Krankenversicherung ÖKK sowie die von ihm geleisteten Selbstbeteiligungen (soweit nicht verjährt) seien zurückzuerstatten. Implizit machte er zudem ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (URP) geltend. Begründend brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, dass das Spital Samedan nach dem Motorradunfall im Jahr 1988, bei der er eine folgenschwere Verletzung des rechten Handgelenks erlitten habe, die komplizierte Fraktur nicht erkannt und das ausgerenkte Handgelenk lediglich für mehrere Wochen eingegipst habe. Nach der Abnahme des Gipses sei das Handgelenk über die Jahre immer steifer geworden, bei Belastungen seien regelmässig Schmerzen aufgetreten, die sich chronifiziert hätten. Im Jahr 2011 habe er in Oslo beim Kickboxen bei einer einfachen Aufwärmübung ausgerechnet das rechte Handgelenk verstaucht. Die folgenden Akutschmerzen hätten ihn schlussendlich bewogen, Dr. med. C._____, Klinik Gut St. Moritz, aufzusuchen. Die detaillierte Untersuchung habe ergeben, dass er 1988 eine schwere Fraktur der Handgelenksknochen erlitten habe, die falsch zusammen-

- 4 - gewachsen sei. In der Folge habe eine starke abnormale, über die Jahre immer schlimmer werdende Abnützung und damit Akutarthrose, begleitet von starken Schmerzen, resultiert. Im Büro habe er jeweils mit Unterstützung einer Unterlage arbeiten müssen; die Konsequenz sei eine Karpaltunnel-Operation im Jahr 2016 gewesen. 2019 habe er bei einem Sturz auf Glatteis erneut eine Verstauchung des rechten Handgelenks erlitten. Anschliessend sei eine Denervation der Handgelenksnerven durch Dr. med. D._____ erfolgt. Er sei heute weitgehend schmerzfrei. Die Funktionstüchtigkeit für leichte Arbeiten sei normal, auch die berufliche Bürotätigkeit könne normal ausgeübt werden.

E. 11

In der Vernehmlassung vom 25. Januar 2022 schloss die Basler Versicherung AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 1. November 2021. Betreffend den relevanten Sachverhalt verwies sie auf den angefochtenen Entscheid. Zur Begründung wurde im Wesentlichen festgehalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine kausalen Beschwerden zum Unfall vom 30. September 1988 bestünden. Die Krankenkasse habe in Kenntnis der Verfügung vom 6. Januar 2021 auf eine Einsprache verzichtet und ihre Leistungspflicht akzeptiert. Zum damaligen Unfall aus dem Jahr 1988 seien keine echtzeitlichen Unterlagen mehr vorhanden und ab dem Unfall bis zur erstmals aktenkundigen medizinischen Abklärung vom 23. Dezember 2010 keine Brückensymptome dokumentiert. Die damaligen Aufzeichnungen von Dr. med. C._____ gingen allein auf die

Schilderungen des Beschwerdeführers zurück und seien auch für Dr. med. C. _____ nicht zweifelsfrei ("offenbar"). Medizinisch sei kein Polytrauma dokumentiert. Gegen das erwähnte Polytrauma sprächen auch die vergüteten Heilbehandlungskosten von CHF 1'039.20 (UV-Beleg 11). Der Beschwerdeführer habe seine Arbeit am 3. Oktober 1988 wieder aufgenommen; es seien keine Taggelder bezahlt worden. Belegt sei nach den Abklärungen im Dezember 2010 eine fortgeschrittene

- 5 - Arthrose radiocarpal und mediocarpal. Nach einer Infiltration des N. interosseus posterior sei der Beschwerdeführer praktisch vollständig beschwerdefrei gewesen. Das klassische Karpaltunnelsyndrom sei in den Jahren 2016 und 2019 operativ behoben worden. Wieso der Beschwerdeführer derart lange Zeit habe verstreichen lassen bis zur Geltendmachung der Leistungsansprüche, erschliesse sich nicht. Auf die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. E. _____ sei abzustellen. Die Beschwerde sei abzuweisen vorbehältlich der fehlenden Legitimation für die Einforderung von Behandlungskosten zugunsten der Krankenkasse (Regressrecht).

E. 12

Mit Replik vom 8. Februar 2022 vertiefte der Beschwerdeführer im Wesentlichen die bisherigen Standpunkte.

E. 13

In ihrer Duplik vom 17. Februar 2022 vertiefte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen ihre bisherigen Standpunkte. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften, den angefochtenen Einspracheentscheid sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 17

November 2022 E.2.2, 8C_230/2021 vom 1. Juni 2021 E.2, 8C_382/2018 vom 6. November 2018 E.2.2; HÜRZELER/USINGER-EGGER, Einführung in das schweizerische Unfallversicherungsrecht, Bern 2021, Rz. 324; GEHRING, in: GEHRING/KIESER/BOLLINGER [Hrsg.], Kommentar KVG/UVG, Zürich 2018, Art. 6 UVG Rz. 26 f.; NABOLD, in: HÜRZELER/KIESER [Hrsg.], Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, Bern 2018, Art. 6 Rz. 89). Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis (Grundfall) an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 144 V 245 E.6.1, 118 V 293 E.2c; Urteile des Bundesgerichts 8C_382/2018 vom 6. November 2018 E.2.2, 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E.3.1, 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E.3.1.1 mit Hinweisen; vgl. NABOLD, a.a.O., Art. 6 Rz. 90, GEHRING, a.a.O., Art. 6 UVG Rz. 28). Der Beweis für den Bestand des natürlichen Kausalzusammenhangs obliegt dem Versicherten; je grösser der Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen werden an den

- 10 - Wahrscheinlichkeitsbeweis gestellt (Urteil des Bundesgerichts 8C_120/2022 vom 4. August 2022 E.3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. HOFER, in: FRÉSARD-FELLAY/LEUZINGER/PÄRLI [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 Rz. 117; NABOLD, a.a.O., Art. 36 Rz. 12; GEHRING, a.a.O., Art. 6 UVG Rz.

28). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E.3.2.2 und 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E.2.2.2).

E. 20

Januar 2022 E.4). Gemäss

- 11 - Rechtsprechung hat die versicherte Person die Umstände des als Unfall gemeldeten Ereignisses glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung müssen über das konkrete Geschehen genaue, und möglichst detaillierte Angaben namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Tatumstände ein klares Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuschätzen. Unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben zum Geschehensablauf können die Verneinung der Leistungspflicht der Unfallversicherung zur Folge haben (vgl. BGE 116 V 136 E.4b, 114 V 298 E.5b; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_268/2019 vom 2. Juli 2019 E.3, 9C_338/2018 vom 17. Dezember 2018 E.4.2). Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_120/2022 vom 4. August 2022 E.3.2 und 8C_772/2019 vom 4. August 2020 E.3.2, je mit Hinweisen). 2.4.1. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte sind Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsrichter auf Unterlagen angewiesen, die ihnen vorab von Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess

- 12 - gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1; 125 V 351 E.3a mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 8C_634/2022 vom 23. Dezember 2022 E.3.1, 8C_253/2021 vom 2. Juli 2021 E.3, 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3). 2.4.2. Gemäss Rechtsprechung ist auch ein reines

Aktengutachten beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichtersteller imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.3 mit weiteren Hinweisen). Dabei geht es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts, mithin rückt die direkte

- 13 - ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund (Urteile des Bundesgerichts 8C_390/2022 vom 7. September 2022 E.3, 8C_629/2021 vom 24. März 2022 E.4.2, 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E.4, 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E.3, je mit weiteren Hinweisen). 2.4.3. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte – denen auch beratende Ärzte gleichzusetzen sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilungen angeht (Urteile des Bundesgerichts 8C_355/2021 vom 25. November 2021 E.3.2, 8C_234/2021 vom 12. August 2021 E.3.2, 8C_774/2020 vom 19. Februar 2021 E.2.2) – wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger (sog. Administrativgutachten). Soll ein Versicherungsfall 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 in fine, 142 V 58 E.5.1 mit weiteren Hinweisen, BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4 und E.4.6 f., 125 V 351 E.3b/ee; Urteile des Bundesgerichts 8C_596/2022 vom 11. Januar 2023 E.2.3, 8C_234/2021 vom 12. August 2021 E.3.2, 8C_740/2020 vom 7. April 2021 E.2.2). 2.4.4. In Bezug auf behandelnde Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, ist zu beachten, dass sie in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sie sich zudem in erster Linie auf die

- 14 - Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E.3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzubersichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsberatenden Ärztinnen und Ärzte wecken (vgl. BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_527/2013 vom 28. Oktober 2013 E.3.2, 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E.3.1.2, 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). 3. Die Beschwerdegegnerin hat ihre

Leistungspflicht betreffend den Motorradunfall vom 30. September 1988 anerkannt und entsprechend Leistungen erbracht in Form von Heilbehandlungskosten in der Höhe von insgesamt CHF 1'039.20 (vier Rechnungen zwischen 10. November 1988 und 3. Mai 1989), bevor sie den Fall am 3. Mai 1989 als "erledigt" schloss (Bg-act. Register 11). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin für die mit Rückfallmeldung von Mai 2020 bzw. August 2020 geltend gemachten gesundheitlichen Beschwerden leistungspflichtig ist. 4. Folgendes ist den Akten über den Beschwerde-, Behandlungs- und Beurteilungsverlauf zu entnehmen:

- 15 -

E. 23

Dezember 2010 bestätigt und noch verfeinert beurteilt werden konnte (Bg-act. 3/1-2). Bei der klinischen Untersuchung im Handgelenksbereich rechts stellte Dr. med. C._____ an sich keine Auffälligkeiten fest, keine Schwellung und keine Rötung, palpatorisch eine diskrete Druckdolenz über dem distalen Radioulnargelenk, aktiv eine Flexion von 80° und eine Extension von etwa 45°, Pro- und Supination waren mit je etwa 80° ganz minim eingeschränkt (Bg-act. 3/3).

E. 25

Oktober 2016 [Bg-act. 3/12], 23. September 2019 [Bg-act. 3/18] sowie 17. Juli 2020 [Bg-act. 3/19]). Doch ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass ein behandelnder (Fach-)Arzt eher zu Gunsten seines Patienten aussagt, zumal vorliegend davon auszugehen ist, dass Dr. med. C._____ anamnestisch den Vorbringen des Beschwerdeführers gefolgt ist, was die Verletzungen aufgrund des Unfalls 1988 anbelangt. Die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. E._____ stimmt auch mit derjenigen von Dr. med. C._____ überein, der anamnestisch festhielt, der Beschwerdeführer habe nach eigenen Angaben intensiv Sport betrieben und auch bereits vor der ersten Konsultation ein Krafttraining ausgeübt (Bg-act. 3/3). Dr. med. D._____ wiederum äusserte sich nicht zur Kausalität.

E. 29

November 2012 an der rechten Schulter operiert werden musste, in den Nebendiagnosen aber lediglich ein St.n. Knieoperation und St.n. Leistenhernienrevision aufgelistet sind (Bg-act. 3/7 und 3/8).

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