

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/108 vom 29. April 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2007_108

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/108 du 29 avril 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/108 del 29 aprile 2008

Regeste

Art. 6 UVG: Beurteilung der natürlichen Kausalität zwischen Handgelenksbeschwerden und Unfallereignis in Anbetracht der in den medizinischen Akten gestellten Diagnosen einer Tendovaginitis stenosans De Quervain und einer Die-Punch-Verletzung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. April 2008, UV 2007/108).

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2007 hat die Beschwerdegegnerin die Bestimmungen über die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und den Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt in Bezug auf die Ausführungen über die gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30). Hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen ist anzufügen, dass es sich bei der hier zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs um eine anspruchsbegründende Tatfrage handelt. Die diesbezügliche Beweislast liegt insofern bei der versicherten Person, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu ihren Lasten ausfällt (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

1.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Selbstverständlich greift diese Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu

entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). 1.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 21. Juli 2003 [U 327/02] i/S K., E. 2.1, und vom 25. Januar 2002 [U 277/00] i/S F., E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a). Auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. F. ___ am 6. Dezember 2007 (Suva-act. 31) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371, 1993 Nr. U 167 S. 95).

E. 2

2.1 Der Versicherte liess am 17. April 2007 durch seine neue Arbeitgeberin unter Hinweis auf den Verkehrsunfall vom 29. Januar 2005 eine Sehnenscheidenentzündung am rechten Handgelenk sowie verschiedene Arbeitsunfähigkeiten melden. Die Beschwerdegegnerin behandelte diese Meldung als Rückfall zum Unfall vom 29. Januar 2005. Hinsichtlich des Grundfalls ist den Akten zu entnehmen, dass sich der Versicherte am 29. Januar 2005 eine Handgelenkskontusion rechts zugezogen hat. Am 14. Februar 2005 konnte die ärztliche Behandlung bei Dr. B. ___ abgeschlossen werden. Es kam zu keiner Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdegegnerin hat damals ihre Leistungspflicht anerkannt und für die ärztliche Behandlung die gesetzlichen Leistungen erbracht. Aus den Akten der Beschwerdegegnerin ist nicht ersichtlich, dass zur Frage der Leistungseinstellung jemals eine schriftliche Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) oder gar eine schriftliche Verfügung ergangen ist (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Grundsätzlich liegt damit im vorliegenden Fall kein rechtskräftiger Abschluss des Grundfalls vor. Andererseits vergingen seit dem Behandlungsabschluss bei Dr. B. ___ vom 14. Februar 2005 bis zur erneuten ärztlichen Behandlung von Handgelenksschmerzen sowie den damit begründeten Arbeitsunfähigkeiten bzw. der entsprechenden Meldung an die Beschwerdegegnerin rund eineinhalb bis zwei Jahre (vgl. zum formlosen Verfahrensabschluss Franz Schlauri, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse, Band 40, S. 57). Wie es sich mit der Beweislastverteilung bzw. der Frage verhält, ob im vorliegenden Fall

von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, kann indessen im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen offen bleiben. Denn die Frage, wer die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit zu tragen hat, stellt sich erst, wenn es sich tatsächlich als unmöglich erweisen sollte, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. Erwägung Ziff. 1.2), was vorliegend - wie zu zeigen sein wird - nicht zutrifft.

2.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Rechtmässigkeit des angefochtenen Einspracheentscheids in der Regel nach demjenigen Sachverhalt, der zu jenem Zeitpunkt gegeben war. Massgebend sind allein die rechtserheblichen Tatsachen, wie sie sich bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 1. Oktober 2007 entwickelt haben (BGE 131 V 243 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 419 S. 101 E. 2a). Die weitere Gesundheitsentwicklung des Beschwerdeführers ist damit nicht relevant. Spätere Arztberichte sind insofern in die Beurteilung mit einzubeziehen, als sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b in fine). - Am 8. Oktober 2007 wurde das rechte Handgelenk des Beschwerdeführers erstmals einer MRT-Untersuchung unterzogen. Dieser schloss sich am 12. Oktober 2007 eine Untersuchung durch Prof. E.____ an. Im Untersuchungsbericht vom 15. Oktober 2007 wird erstmals eine Die-Punch-Verletzung diagnostiziert (Suva-act. 27), der im Rahmen der Frage nach kausalen Unfallfolgen eine zentrale Bedeutung zukommt. Die genannten Untersuchungen sowie die ärztliche Beurteilung von Prof. E.____ erfolgten zwar nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids. Dennoch ist davon auszugehen, dass sie noch den Gesundheitszustand, wie er sich auch bis zum Erlass des Einspracheentscheids verwirklicht hat, aufzeigen. Insofern sind für das vorliegende Verfahren auch die Einschätzung von Prof. Dr. E.____ sowie die von ihm gestellten Diagnosen erheblich.

E. 3

3.1 Im Folgenden sind die ab 18. September 2006 insbesondere auch operativ behandelten Handgelenksbeschwerden rechts im Kantonalen Spital Rorschach, die damit verbundenen Arbeitsunfähigkeiten sowie die weiterhin bestehenden Schmerzen im rechten Handgelenk bzw. Daumenbereich auf ihre Kausalität zum Unfallereignis vom 29. Januar 2005 zu prüfen.

3.2 Die ärztliche Beurteilung der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, verfasst von Dr. F.____ am 6. Dezember 2007 (Suva-act. 31), wurde von der Beschwerdegegnerin während des laufenden Beschwerdeverfahrens, das heisst *pendente lite*, veranlasst. Grundsätzlich kommt der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insofern ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen; nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. Einholen von Bestätigungen oder Rückfragen) zugelassen (vgl. BGE 127 V 232 f.; U. Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Art. 61 Rz. 65). Die Abteilung Versicherungsmedizin ist ein eigener ärztlicher Dienst der Suva, den diese häufig zur Überprüfung kreisärztlicher Beurteilungen heranzieht. Nachdem sich aufgrund der nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids durchgeführten MRT-Untersuchung des rechten Handgelenks sowie der daraufhin erfolgten Untersuchung durch Prof. E.____ medizinisch eine wesentlich ergänzte bzw. neue Aktenlage präsentierte, wollte die Beschwerdegegnerin diese von der Abteilung Versicherungsmedizin prüfen lassen. Eine solche Rückfrage bei Dr. F.____ ist als ergänzende punktuelle Abklärung zu

werten und daher praxisgemäss als zulässig zu betrachten. Sie kommt keiner Missachtung des Devolutiveffekts gleich. Der Beschwerdeführer hätte sich sodann nachträglich zur ärztlichen Beurteilung von Dr. F.____ im Rahmen des vom Versicherungsgericht angeordneten zweiten Schriftenwechsels äussern können, womit auch dem Anspruch auf rechtliches Gehör Genüge getan ist (vgl. dazu Urteil des EVG vom 29. April 2003 [I 679/02] i/S B., E. 1.3). Die ärztliche Beurteilung von Dr. F.____ kann demzufolge formellrechtlich berücksichtigt werden.

3.3 In den medizinischen Akten finden sich hinsichtlich des rechten Handgelenks bzw. des Daumenbereichs des Beschwerdeführers die Diagnosen einer chronischen Tendovaginitis De Quervain rechts (Suva-act. 5, 6, 7) sowie einer Die-Punch-Verletzung. Diese Beeinträchtigungen vermöchten grundsätzlich beide die Handgelenksbeschwerden des Beschwerdeführers zu verursachen. Im Folgenden gilt es zu beurteilen, welches der diagnostizierten Leiden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 29. Januar 2005 bzw. einem damals erlittenen Gesundheitsschaden steht. Während das Vorliegen einer chronischen Tendovaginitis De Quervain rechts sowie die damalige Indikation für eine operative Revision derselben in Form einer Spaltung des 1. Strecksehnenfachs grundsätzlich als unbestritten gilt, wird von Dr. F.____ (Suva-act. 31) die von Prof. E.____ (Suva-act. 27) diagnostizierte Die-Punch-Verletzung schon als solche in Frage gestellt.

3.4 In Bezug auf die Tendovaginitis De Quervain rechts hält Dr. D.____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 24. September 2007 (Suva-act. 24) fest, die durchgeführten Röntgenuntersuchungen (Suva-act. 2, 5) hätten keine pathologischen Befunde ergeben. Bei der Tendovaginitis De Quervain handle es sich um einen "schnellenden Daumen". Diese Krankheit werde durch eine metabolische Läsion der fibrösen Sehnenscheide, überwiegend reaktiv-degenerativer Natur, verursacht. Es bestünden keine aktenkundigen Angaben darüber, dass der Beschwerdeführer seinerzeit bei der Handgelenkskontusion in diesem Bereich Beschwerden gehabt habe. Dr. B.____ habe damals eine Druckdolenz im Handgelenk beschrieben. Die Behandlung sei am 14. Februar 2005 abgeschlossen worden. Brückensymptome seien nicht dokumentiert. Gesamthaft beurteilt sei es somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die aktuellen Beschwerden im Daumen rechts in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 29. Januar 2005 stehen würden, sondern sie seien eben durch einen krankhaften degenerativen Prozess unter der Diagnose einer Tendovaginitis De Quervain bedingt. Dr. F.____ hält in seiner ärztlichen Beurteilung vom 6. Dezember 2007 (Suva-act. 31) fest, dass sich klinisch keine Hinweise für das Vorliegen einer stenosierenden Tendovaginose (= Tendovaginitis stenosans) des 1. Strecksehnenfachs gefunden hätten, als der Beschwerdeführer am 7. Februar 2005 erstmals nach dem Unfall Dr. B.____ aufgesucht habe. Diese sei erst eineinhalb Jahre nach dem Unfall diagnostiziert worden. Eine Brückensymptomatik bzw. dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall bei Dr. B.____ wegen Beschwerden ununterbrochen in Behandlung gewesen sei, sei nicht aktenkundig. Der Beschwerdeführer sei zum Zeitpunkt der Diagnosestellung 26-jährig und damit nicht im typischen Alter gewesen, in dem die Tendovaginitis De Quervain am häufigsten manifest werde. In seinem Fall dürfte allerdings eine Anomalie im Bereich des ersten Strecksehnenfachs eine entscheidende Rolle bei der Krankheitsentstehung gespielt haben. Normalerweise verliefen die beiden Sehnen des Abductor pollicis longus und des Extensor pollicis brevis gemeinsam im ersten Strecksehnenfach. Beim Beschwerdeführer sei die Operateurin des Kantonalen Spitals Rorschach (Suva-act. 8) jedoch auf drei Sehnen im 1. Strecksehnenfach sowie auf ein zusätzliches Fach dorsal davon, das die Extensor pollicis brevis-Sehne enthalte,

gestossen. Aus der medizinischen Literatur wisse man, dass die Tendovaginitis De Quervain gehäuft mit solchen anatomischen Varianten im Bereich des 1. Strecksehnenfachs assoziiert. Diese beim Beschwerdeführer angetroffene Anomalie im Bereich des 1. Strecksehnenfachs sei mit der am 29. Januar 2005 erlittenen Handgelenkskontusion nicht erklärbar. Zudem fehlten echtzeitliche Hinweise, dass die Kontusion die Beschwerden im Sinn einer Tendovaginitis De Quervain in Gang gebracht hätte. Der kausale Zusammenhang dieser Erkrankung mit dem Unfall vom 29. Januar 2005 sei deshalb zu Recht verneint worden. - Mit den ärztlichen Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. F.____ liegen übereinstimmende medizinische Einschätzungen hinsichtlich Kausalität der beim Beschwerdeführer unbestrittenermassen vorhandenen chronischen Tendovaginitis De Quervain vor. Beide Ärzte gehen von einem degenerativ bedingten Gesundheitsschaden aus. Die ärztlichen Beurteilungen basieren zwar nicht auf persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers, werden jedoch ausgehend von Befunden und in Auseinandersetzung mit den Vorakten ausführlich erläutert und nachvollziehbar begründet. Die Tendovaginitis De Quervain, eine schmerzhafte Entzündung der Sehnen und ihres Gleitgewebes im 1. Strecksehnenfach, kann zwar durch traumatisch bedingte Formveränderungen des 1. Strecksehnenfachs, z.B. nach handgelenksnahen Speichenbrüchen, oder durch wiederholte Verletzungen ausgelöst werden, wird jedoch im Regelfall durch Überbeanspruchung bzw. ungewohnt intensive Belastung des Daumens hervorgerufen. In den meisten Fällen kann die Ursache überhaupt nicht gefunden werden. Menschen, die bei ihrer Arbeit wiederholt Seitbewegungen des Handgelenks unter gleichzeitiger Stabilisierung ausüben (Hammerschlag, Skistockeinsatz ...) können prädisponiert sein für eine Tendovaginitis De Quervain (http://www.lowka-haende.de/krankheitsbilder_tendo.html : Stand: 1. April 2008; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., S. 1641). Wie von Dr. F.____ festgehalten, enthalten die medizinischen Akten keinerlei Hinweise auf entsprechende traumatische Verletzungen, welche die Tendovaginitis De Quervain in Gang gebracht hätten. Die von Dr. D.____ und Dr. F.____ ausserdem genannten Umstände der fehlenden Brückensymptome, die fehlende Schmerzsymptomatik im Bereich des ersten Strecksehnenfachs nach dem Unfall, aber vorallem auch während der folgenden eineinhalb Jahre, und schliesslich die von Dr. F.____ festgehaltene Anomalie im Bereich des ersten Strecksehnenfachs sind als massgebende, gegen eine Unfallkausalität sprechende Tatsachen zu werten. Hinzuweisen ist im weiteren auch auf den ärztlichen Zwischenbericht von Dr. C.____ vom 26. April 2007 (Suva-act. 10), worin dieser die Mitwirkung unfallfremder Faktoren im Heilungsverlauf bejahte und als solchen ein Rezidiv einer Tendovaginitis De Quervain vermerkte. Auch Prof. E.____ stellte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2007 (Suva-act. 27) die Diagnose einer chronischen Tendovaginitis De Quervain und bringt diese offensichtlich nicht mit dem Unfallereignis vom 29. Januar 2005 in Zusammenhang. - Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nach dem Gesagten keine konkreten Hinweise für eine unfallbedingte chronische Tendovaginitis De Quervain vorliegen. Die Wahrscheinlichkeit einer durch den Unfall bedingten Tendovaginitis De Quervain ist insgesamt betrachtet bedeutend geringer, als eine krankheitsbedingte Tendovaginitis De Quervain. Die fragliche Krankheit stellt damit nur eine mögliche, jedoch keine überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfallereignisses vom 29. Januar 2005 dar. 3.5 Streitig und zu prüfen ist schliesslich eine durch den Unfall vom 29. Januar 2005 erlittene Die-Punch-Verletzung bzw. die Verantwortlichkeit einer solchen für die geklagten Beschwerden. In den Akten liegen hinsichtlich dieser Frage die einander widersprechenden ärztlichen Meinungen von Prof. E.____ (Suva-act. 27) und Dr. F.____ (Suva-act. 31). -

Ersterer stellte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2007 die fragliche Diagnose und hielt dazu insbesondere fest, die Sichtung der Röntgenaufnahmen und insbesondere der Kernspintomographie ergebe eine radioscapulothoracale Knorpelläsion bei Zustand nach axialem Trauma und Die-Punch-Verletzung. Hier sei eine minimale Stufenbildung sichtbar, das scapholunäre Band sei intakt. Es fände sich sowohl an der Radiusgelenkfläche als auch am Scaphoid die entsprechende posttraumatische Veränderung. Für ihn handle es sich demnach um eine posttraumatische Läsion der radioscapulothoracalen Gelenkfläche als Folge eines axialen Traumas, welches gut mit dem Unfallereignis vom Januar 2005 vereinbar sei. Hier sei es zu einer Frontalkollision mit dem Personenwagen gekommen. Dr. F. ___ hält insbesondere dagegen, die Die-Punch-Verletzung – von welchen in den früheren Berichten von Prof. E. ___ (Suva-act. 7 – 9), im Gegensatz zur Tendovaginitis stenosans De Quervain, nie die Rede war - entstehe typischerweise in der Fossa lunata des distalen Radius. Sie entspreche einer lokalisierten Knorpel-Impressionsfraktur der Gelenkfläche des distalen Radius, bedingt durch eine axiale Gewalteinwirkung, die über das Os lunatum vermittelt werde. Eine solche Impressionsfraktur werde besonders dann begünstigt, wenn das Mondbein infolge der axialen Stauchung aus seinem ligamentären Verbund mit der proximalen Handwurzelreihe gelöst werde. Es würden jedoch auch Impressionsfrakturen der Fossa scaphoidea des distalen Radius als Die-Punch-Verletzungen bezeichnet. Wie eine Literaturrecherche in der MEDLINE zeige, würden solche Die-Punch-Verletzungen nur in Verbindung mit radiologisch gut erkennbaren distalen Radiusfrakturen genannt. So hätten solche Impaktionen entweder der Fossa lunata oder der Fossa scaphoidea bei 18 jungen Patienten mit einer distalen Radiusfraktur nach einem heftigen Trauma (Verkehrsunfälle) beobachtet werden können. - Diese von Dr. F. ___ der medizinischen Literatur entnommenen Ausführungen zur Die-Punch-Verletzung erscheinen sorgfältig eruiert und sind nachvollziehbar. Von Seiten des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers sind sie ebenfalls unbestritten geblieben. Wie bereits erwähnt, sichtete Prof. E. ___ beim Beschwerdeführer im Bereich des rechten Handgelenks eine radioscapulothoracale Knorpelläsion bzw. eine Läsion der radioscapulothoracalen Gelenkfläche und bezeichnete diese als traumatische Läsion. Seine weitere Schlussfolgerung, die fragliche Läsion sei mit dem Unfallereignis vom 29. Januar 2005 bzw. einer damals erlittenen Die-Punch-Verletzung vereinbar, ist jedoch wenig überzeugend. Der von Prof. E. ___ erhobene Befund wird zwar von Dr. F. ___ grundsätzlich nicht in Abrede gestellt. Gleichermassen spricht Dr. F. ___ von Signalstörungen in denjenigen Segmenten - Radiusgelenkfläche und Scaphoid -, in denen Prof. E. ___ Veränderungen feststellte, womit das von beiden Ärzten gesehene Bild offenbar nicht voneinander abweicht. Dr. F. ___ weist jedoch darauf hin, dass die beim Beschwerdeführer nachgewiesenen Signalstörungen nicht denjenigen entsprechen würden, wie sie üblicherweise in der Literatur als Die-Punch-Verletzung bezeichnet würden. Dies vor allem, weil der Unfall vom 29. Januar 2005 nachweislich weder eine distale Radiusfraktur noch eine ligamentäre Verletzung (insbesondere keine scapholunäre Bandruptur) zur Folge gehabt habe. Seine Feststellung ist dahingehend auszulegen, dass die durch den Unfall auf das Handgelenk wirkende Kraft eine bestimmte Stärke aufweisen muss, um eine Die-Punch-Verletzung zu bewirken. Bei Vorliegen einer distalen Radiusfraktur oder einer ligamentären Verletzung ist eine solche offensichtlich anzunehmen. In Bezug auf das Unfallereignis vom 29. Januar 2005 - nur dieses steht im vorliegenden Verfahren zur Diskussion - erscheint indessen eine entsprechende Unfalleinwirkung nicht plausibel. Dies umso mehr, als es dabei nicht zu einer Frontalkollision, sondern zu einer seitlichen Kollision links kam. Prof. E. ___ stuft jedoch

die Signalstörungen insoweit als Die-Punch-Verletzung ein, als er offensichtlich vom Geschehen einer Frontalkollision ausgeht und die von ihm gesichtete Läsion mit einer solchen als vereinbar erachtet. Nachdem seine Diagnose damit auf einer unrichtigen Anamnese basiert, ist sie geeignet, Zweifel zu begründen. Weder in den echtzeitlichen Akten noch in der Beschwerdeschrift finden sich sodann konkrete Angaben des Beschwerdeführers betreffend die weiteren genauen Unfallumstände bzw. darüber, inwiefern Kräfte durch den Unfall auf das rechte Handgelenk gewirkt haben. Bekannt ist einzig, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall verneinte, verletzt zu sein. Der Beschwerdeführer war angegurtet und es ist davon auszugehen, dass die Gurten funktioniert haben. Erst neun Tage nach dem Unfall suchte er seinen damaligen Hausarzt Dr. B.____ auf, dessen Untersuchung wiederum nur eine leichte Druckdolenz über dem rechten Handgelenk ergab. Dr. B.____ diagnostizierte eine Handgelenkskontusion rechts, die offensichtlich nicht als von einer strukturellen Verletzung begleitet beurteilt wurde. Bereits eine Woche nach der Erstbehandlung wurde die Behandlung abgeschlossen und während der nächsten eineinhalb Jahre sind in den Akten keine ärztlichen Konsultationen erwähnt. Eine Arbeitsunfähigkeit ist in den Akten erstmals am 18. September 2006 vermerkt (Suva-act. 2, 12). Zwar kann es vorkommen, dass auch eine strukturelle Verletzung zunächst wenig schmerzt und nicht mit einem erheblichen Funktionsausfall einhergeht, sodass sich kein sofortiger Arztbesuch aufdrängt. Im Fall einer von Dr. F.____ diagnostizierten Die-Punch-Verletzung muss ein solcher Verlauf schon wegen des betroffenen Gelenks als sehr unwahrscheinlich betrachtet werden. Das Ausbleiben von erheblichen Schmerzen und Funktionsausfällen nach dem Unfall muss deshalb als Indiz dafür betrachtet werden, dass es nicht zur erforderlichen axialen Gewalteinwirkung im massgeblichen Handgelenksbereich gekommen ist und demnach keine Die-Punch-Verletzung stattgefunden hat. Je grösser im Übrigen der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt, wie bereits erwähnt, für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b). Allein aufgrund ursprünglich nicht diagnostizierter Kontusion im rechten Handgelenk drängt sich keine andere Sichtweise auf. Der Vollständigkeit halber ist schliesslich allgemein anzufügen, dass eine Argumentation im Sinne der Formel "post hoc ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, nicht als Beweis betrachtet werden kann und nicht erlaubt, einen natürlichen Kausalzusammenhang mit der im Unfallversicherungsrecht geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (BGE 119 V 340 E. 2b/bb). - Nach dem Gesagten lassen demnach sowohl die Umstände des Unfallereignisses an sich als auch die gesamte Anamnese die von Prof. E.____ gestellte Diagnose einer Die-Punch-Verletzung im Bereich des rechten Handgelenks nicht als schlüssig erscheinen. Das Vorliegen oder zumindest die Umstände für das Geschehen einer solchen im Rahmen des Unfallereignisses vom 29. Januar 2005 sind nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Der ursächliche Zusammenhang der kernspintomografisch nachgewiesenen Signalstörungen im Bereich der radioscapoidalen Gelenkfläche mit dem Unfall vom 29. Januar 2005 kann in Übereinstimmung mit Dr. F.____ höchstens als möglich bezeichnet werden. Als plausible Erklärung für die Signalstörungen bezeichnet dieser eine frühere distale Radiusfraktur mit einer begleitenden Knorpelverletzung. Der Beschwerdeführer habe bei seiner

Erstkonsultation in der handchirurgischen Sprechstunde des Kantonalen Spitals Rorschach vom 18. September 2006 (Suva-act. 5) erwähnt, er habe sich vor einigen Jahren (d.h. vor dem 29. Januar 2005) das Handgelenk gebrochen. Besagte Annahme muss indessen im vorliegenden Verfahren, in dem einzig die Restfolgen des Unfalls vom 29. Januar 2005 streitig und zu prüfen sind, nicht näher beurteilt zu werden. Ebenfalls offen gelassen werden kann die von Dr. F.____ aufgeworfene Frage, ob den kernspintomografisch nachgewiesenen Signalstörungen Krankheitswert zukommt, d.h. ob diese tatsächlich für die persistierenden Beschwerden verantwortlich gemacht werden können.

E. 4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder die Tendovaginitis De Quervain mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als unfallabhängig ausgewiesen noch überwiegend wahrscheinlich von einer im Rahmen des Unfalls vom 29. Januar 2005 erlittenen Die-Punch-Verletzung ausgegangen werden kann. Andere, anlässlich des fraglichen Unfalls erlittene Gesundheitsschäden bzw. Schmerzursachen werden in den medizinischen Akten nicht erwogen. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist damit zu verneinen.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 1. Oktober 2007 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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