

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/115 vom 22. August 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2007_115

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/115 du 22 août 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/115 del 22 agosto 2008

Regeste

Art. 6 UVG; Art. 11 UVV: Frage, ob Rückfall oder fortdauernder Grundfall offen gelassen. Verneinung der Kausalität zwischen den fortdauernd im Handgelenk geklagten Schmerzen und einem ursprünglich als unfallkausal bejahten Gesundheitsschadens sowie Verneinung der überwiegend wahrscheinlichen Kausalität zwischen verschiedenen nachfolgend im Handgelenksbereich gestellten Diagnosen und dem fraglichen Unfallereignis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. August 2008, UV 2007/115).

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Einspracheentscheid vom 19. 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). 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 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). 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. Bei der hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezügliche Beweislast liegt insofern bei der versicherten Person, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu ihren Lasten ausfällt. Selbstverständlich greift diese obgenannte 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 aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu vermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

1.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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 30. Januar 2008 (Suva-act. 56) erstellt wurde, ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

E. 2

2.1 Am 2. April 2007 wurde beim Beschwerdeführer im KSSG aufgrund der Diagnose eines linksseitigen Sulcus ulnaris-Syndroms eine Neurolyse des Nervus ulnaris durchgeführt (Suva-act. 22). Im Mai, August und September 2007 folgten weitere im KSSG im Bereich des linken Handgelenks durchgeführte Heilbehandlungen (Infiltrationen, Ulnaverkürzungsosteotomie [Suva-act. 19, 31, 49]). Infolge der Heilbehandlungen traten jeweils Arbeitsunfähigkeiten auf (Suva-act. 18, 20, 38, 47). Die Beschwerdegegnerin behandelte die eben dargelegte Schadenssituation als Rückfall zum Unfall vom 29. März 2005 und lehnte diesbezüglich ihre Leistungspflicht ab. - Hinsichtlich des Grundfalls ist den Akten zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 29. März 2005 eine Handgelenkskontusion links zugezogen hat. Als erstbehandelnder Arzt wurde in der Unfallmeldung vom 29. April 2005 Dr. C.____ angegeben (Suva-act. 0). Ein diesbezüglicher Arztbericht liegt jedoch nicht vor. Zu einer Arbeitsunfähigkeit kam es offensichtlich unmittelbar nach dem Unfall nicht. Am 27. Februar 2006 wurde beim Beschwerdeführer im KSSG eine Resektion eines Ganglions im Bereich des pisotriquetralen Gelenks links durchgeführt und das Os pisiforme links entfernt (Suva-act. 4). Der Beschwerdeführer war daraufhin zu 100% arbeitsunfähig. Ab 8. Mai 2006 arbeitete er wieder zu 50% (Suva-act. 2, 6, 9). Die Beschwerdegegnerin hat damals ihre Leistungspflicht gestützt auf eine

Stellungnahme ihres Kreisarztes Dr. D.____ vom 16. August 2006 (Suva-act. 11) bzw. angesichts der Sachlage, dass die Indikation für die Operation vom 27. Februar 2006 kurz nach dem Unfallereignis vom 29. März 2005 gestellt worden war und Brückensymptome vorlagen (Suva-act. 11) anerkannt und die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) erbracht. Nachdem der Beschwerdeführer ab 3. Juli 2006 wieder zu 100% arbeitsfähig war und die ärztliche Behandlung abgeschlossen werden konnte (Suva-act. 9), wurden die Versicherungsleistungen offensichtlich eingestellt. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass diesbezüglich eine schriftliche Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 ATSG oder eine schriftliche Verfügung ergangen wäre (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Grundsätzlich wurde damit kein rechtskonformer Abschluss des Grundfalls vorgenommen (vgl. BGE 132 V 412 und 134 V 145). - Während die eben dargelegte Sachlage für einen fortdauernden Grundfall spricht und der Beschwerdeführer angeblich seit dem Unfall vom 29. März 2005 ununterbrochen unter Schmerzen im Bereich des linken Handgelenks leidet, ist demgegenüber zu beachten, dass von der nach der Operation vom 27. Februar 2006 ab 3. Juli 2006 wiedererlangten vollen Arbeitsfähigkeit weg bis zum hier streitigen Schadenfall bzw. den nachfolgenden Arbeitsunfähigkeiten und Heilbehandlungen im Zusammenhang mit dem linken Handgelenk - begonnen mit der Neurolyse des Nervus ulnaris links am 2. April 2007 - rund ein Jahr verging. Dieser zeitliche Ablauf liesse es wiederum als gerechtfertigt erscheinen, von einem Rückfall auszugehen (vgl. dazu Franz Schlauri, Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse, Band 40, S. 57). Gemäss Verfügungswortlaut vom 11. Juli 2007 (Suva-act. 25) betrachtete die Beschwerdegegnerin den Schaden im Bereich des linken Handgelenks ab 2. April 2007 ebenfalls als Rückfall. Wie es sich letztlich mit der Beweislastverteilung bzw. der Frage, ob im vorliegenden Fall von einem Rückfall oder einem fortdauernden Grundfall auszugehen ist, verhält, kann jedoch 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.

E. 3

3.1 Im Folgenden ist die Kausalität zwischen den ab 2. April 2007 wiederholt im KSSG behandelten Handgelenksbeschwerden links, den damit verbundenen Arbeitsunfähigkeiten sowie den weiterhin bestehenden Schmerzen im Bereich des linken Handgelenks und dem Unfallereignis vom 29. März 2005 zu prüfen. 3.2 Gemäss Unfall- und Schadenmeldung vom 29. April 2005 bzw. 4. Mai 2006 (Suva-act. 0, 1) sowie medizinischen Akten (Suva-act. 2, 8) erlitt der Beschwerdeführer am 29. März 2005 eine Kontusion des linken Handgelenks. In den medizinischen Akten, welche Aufschluss über die unmittelbaren Unfallfolgen geben, sind keine strukturellen Läsionen (Frakturen, Nervenschädigungen usw.) oder äusserlich sichtbare Verletzungen infolge der Handgelenkskontusion (offene Wunden, Prellmarken usw.) vermerkt (Suva-act. 3, 8). Eine Arbeitsunfähigkeit bestand damals offensichtlich ebenfalls keine. Monate später wurden jedoch beim Beschwerdeführer verschiedene Diagnosen gestellt und Therapien durchgeführt, die mit den geklagten Handgelenksschmerzen in Zusammenhang gebracht werden könnten. 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. März 2005 bzw. einem damals erlittenen Gesundheitsschaden steht oder welche infolge eines solchen unfallkausalen Gesundheitsschadens durchgeführte Therapie zu Folgeschäden geführt hat. 3.3 Am 17. Mai 2005 erhob Dr. B.____ beim Beschwerdeführer solche, auf ein Handgelenkganglion hindeutende Befunde (Suva-act. 8). Im Januar 2006 wurde im Spital Wil die Diagnose eines Ganglions im Bereich des Os pisiforme links bestätigt (Suva-act. 3). Dieses wurde am 27. Februar 2006 reseziert und das Os pisiforme links entfernt (Suva-act. 4). Die Unfallkausalität zwischen dem Ganglion und dem fraglichen Unfallereignis hat die Beschwerdegegnerin insofern anerkannt, als sie für die diesbezügliche Heilbehandlung sowie die daraus ergebende Arbeitsunfähigkeit Leistungen erbracht hat. Die Frage, ob die Beschwerdegegnerin an diesen - formlosen - Entscheid gebunden ist oder ob sie die Unfallkausalität neu prüfen darf, kann jedoch insofern offen gelassen werden, als aufgrund der medizinischen Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die heutige Beschwerdesymptomatik bzw. die ulnokarpalen Schmerzen (Suva-act. 19, 28, 31, 38) weder direkt auf die Handgelenkskontusion und das Ganglion noch auf die daran anschliessende erste Handgelenksoperation vom 27. Februar 2006 zurückzuführen sind, wie sich nachfolgend ergibt.

E. 3.4

3.4.1 Ganglion und Operation haben zweifellos zu gewissen unmittelbaren Beschwerden geführt. Massgebend ist jedoch die Frage, ob spätere Beschwerden damit noch in Zusammenhang stehen. Dabei ist zunächst zu beachten, dass das Ganglion und der davon betroffene kleine äussere Handgelenksknochen operativ entfernt wurden, was grundsätzlich gegen eine Kausalität zwischen dem Ganglion und einer nachfolgenden, anhaltenden Beschwerdesymptomatik spricht. Hinsichtlich allfälliger Operationsfolgen ist zu sagen, dass im Spital Wil am 1. März 2006 normale Befunde, d.h. eine reizlose, gut adaptierte Wunde, keine Entzündungszeichen erhoben werden konnten; Durchblutung, Motorik und Sensibilität waren intakt (Suva-act. 5). Der Beschwerdeführer war ab 3. Juli 2006 wieder zu 100% arbeitsfähig. Dieser Zustand dauerte rund ein Jahr bzw. bis 1. April 2007 (Suva-act. 9, 17, 21).

3.4.2 Mit Bericht vom 25. September 2007 hielt Dr. C.____ gegenüber dem behandelnden Arzt des KSSG fest, dass der Beschwerdeführer laut eigenen Angaben vor der Operation vom 27. Februar 2005 (Ganglionresektion am linken Handgelenk und Entfernung des Os pisiforme links) eine normale Fingersensibilität gehabt habe, nach diesem Eingriff jedoch in den ulnaris-innervierten Fingern links die zur Ulnaris-Neurolyse vom 2. April 2007 geführten Sensibilitätsstörungen aufgetreten seien. Nach Auffassung des Beschwerdeführers stehe damit die Sulcus ulnaris-Problematik klar im Zusammenhang mit der Ganglionoperation vom 27. Februar 2005 (Suva-act. 48). Laut ärztlicher Beurteilung von Dr. F.____ vom 30. Januar 2008 ging man beim Beschwerdeführer von einer Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris im Ellbogenbereich aus. Man habe sich somit nicht für eine Revision im Handgelenkbereich, sondern für eine Neurolyse am Ellbogen entschieden. Irgendwelche Zusammenhänge mit dem Problem am Handgelenk seien damit rein wegen der grossen örtlichen Distanz zum Vornherein ausgeschlossen (vgl. dazu http://www.handerkrankungen.de/Sulcus_Ulnaris/). Abgesehen davon, dass Dr. D.____ bereits in seiner ärztlichen Beurteilung vom 6. Juli 2007 die Indikation für die durchgeführte Operation des Sulcus ulnaris-Syndroms im Bereich des Ellenbogens als schwierig nachvollziehbar bezeichnet, hält dieser mit Dr. F.____ übereinstimmend fest, dass das Geschehen unfallfremd sei und keinen natürlichen

Kausalzusammenhang mit der Handgelenkskontusion vom 29. März 2005 habe. Der Umstand, dass die am 21. Mai 2007 durchgeführte Infiltration ulnokarpal nicht gewirkt habe, zeige ebenfalls, dass keine wahrscheinlichen Folgen aus der durch die Beschwerdegegnerin übernommenen Ganglion- respektive Os pisiforme-Exstirpation vorliege (Suva-act. 23). Schliesslich hält auch Dr. E. ___ in seiner Beurteilung vom 26. November 2007 (act. G 3.1) fest, dass die Neurolyse des Nervus ulnaris am Ellenbogen keine Unfallfolge sei. 3.4.3 Angesichts der obigen Darlegungen bzw. der einhelligen ärztlichen Beurteilungen ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das im KSSG am 2. April 2007 durch eine Neurolyse des Nervus ulnaris im Sulcus therapierte Sulcus ulnaris-Syndrom links nicht auf das Ganglion im Bereich des pisotriquetralen Gelenks links bzw. dessen Resektion sowie diejenige des Os pisiforme links zurückzuführen ist. Das im KSSG am 2. April 2007 durch eine Neurolyse des Nervus ulnaris im Sulcus therapierte Sulcus ulnaris-Syndrom links stellt sodann nach einhelliger ärztlicher Beurteilungen keine überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge dar.

E. 3.5

3.5.1 Hinsichtlich der beim Beschwerdeführer nachfolgend an das Unfallereignis vom 29. März 2005 im Bereich des linken Handgelenks ausserdem gestellten Diagnosen bzw. objektivierten morphologischen Pathologien ist sodann aufgrund der medizinischen Akten mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deren Kausalität zum Unfallereignis nicht gegeben ist. 3.5.2 Im Rahmen der

MRI-Untersuchung des linken Handgelenks im KSSG vom 7. Mai 2007 zeigte sich zunächst in der Loge de Guyon ein langstreckig signalalterierter Nervus ulnaris im Sinne einer Neuritis (Suva-act. 19). Laut Dr. D. ___ steht diese nicht in einem wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 29. März 2005 (Suva-act. 23). In den ärztlichen Beurteilungen von Dr. F. ___ und Dr. E. ___ (Suva-act. 56, act. G 3.1) wurde eine Unfallkausalität der Neuritis in keiner Weise diskutiert und damit offensichtlich nicht einmal in Erwägung gezogen. 3.5.3 Im MRI vom 7. Mai 2007 wurden sodann

Läsionen im Sinne einer zentralen TFCC (Triangular Fibrocartilage Complex)-Perforation und einem kleinen dorsalen Ganglion (5 mm) festgestellt (Suva-act. 19). Klinisch fanden sich Zeichen für ein ulnokarpales Impaktationssyndrom (Suva-act. 20). Nachfolgend diagnostizierten die Ärzte des KSSG eine DRUG-Instabilität im distalen Radioulnargelenk (Suva-act. 41, 45, 47). Laut medizinischen Akten hängt die Diagnose der DRUG-Instabilität mit der TFCC-Läsion bzw. dem Impaktationssyndrom und der am 19. September 2007 im KSSG durchgeführten Ulnaverkürzungsosteotomie von 3 mm (Suva-act. 49) zusammen.

Als Indikation für die am 19. September 2007 im KSSG durchgeführte Verkürzungsosteotomie der Ulna (Suva-act. 49) werden die klinisch erhobenen persistierenden Schmerzen ulnocarpal links mit dorsaler Instabilität des DRUG angegeben. Entsprechend wurde die distale/dorsale radioulnare Gelenksinstabilität gemeinsam mit der TFCC-Läsion palmar mit grossem P Typ 2C links diagnostiziert (vgl. auch Suva-act. 47). - Laut Dr. F. ___ stellt das ulnokarpale Impaktationssyndrom ein degeneratives Leiden dar, welches charakterisiert sei durch ulnare Handgelenksschmerzen, Schwellung und Bewegungseinschränkung in Abhängigkeit von exzessiver Belastung des ulnaren Handgelenks. Häufig sehe man bei diesen Patienten eine positive ulnare Variante, also eine Überlänge der Ulna im Vergleich zum Radius. Dies könne verschiedene Gründe haben, entweder idiopathisch angeboren, erworben durch eine in Verkürzung geheilte distale Radiusfraktur oder im Rahmen einer Degeneration des TFCC (Suva-act. 56). Im Falle des Beschwerdeführers wird die zentrale TFCC-Perforation in den Berichten bzw. der Diagnose

des KSSG uneingeschränkt als Degeneration bezeichnet (Suva-act. 19, 20). Dr. F.____ führt in diesem Zusammenhang aus, mit der als 2C eingestuften TFCC-Läsion würden sich die untersuchenden Ärzte des KSSG auf die von Palmer vorgeschlagene Klassifikation abstützen. Diese unterscheidet Class 1 und Class 2-Läsionen. Class 1-Läsionen würden als traumatisch bezeichnet, Class 2 als degenerativ im Rahmen eines ulnarkarpalen Abnützungssyndroms. Die Läsion 2C entspreche einer Perforation zusammen mit einer Knorpelschädigung (Chondromalazie) am Os lunatum und/oder an der Ulna. Die Schlussfolgerung von Dr. F.____, es handle sich bei der TFCC-Läsion des Beschwerdeführers mit hoher Wahrscheinlichkeit um eine degenerative Veränderung, die nicht durch ein einmaliges Trauma entstehen könne, erscheint angesichts der obigen Darlegungen logisch und überzeugend. Entsprechend der medizinischen Akten weist er darauf hin, dass der im Falle des Beschwerdeführers erhobene Befund ausgeprägt mit fortgeschrittener Chondromalazie am Ulnaköpfchen und fehlendem Diskus gewesen sei (Suva-act. 49). Damit übereinstimmend bezeichnet auch Dr. E.____ die Chondromalazie und die Läsion des TFCC beim Beschwerdeführer nicht als unfallbedingt. Seine Feststellungen - es sei schwierig zu beurteilen, inwiefern die Ulnaverkürzungsosteotomie als Unfallfolge anzusehen sei. Wäre die Ursache das Ulna-impaktionssyndrom, wäre es sicherlich keine Unfallfolge (act. G 3.1). - spricht letztlich ebenfalls nicht gegen die Annahme einer degenerativen Situation, ist doch gerade von einem solchen Zusammenhang auszugehen. Für eine traumatisch bedingte distale radioulnare Instabilität, wie sie von den untersuchenden Ärzten des KSSG schliesslich diagnostiziert wurde (Suva-act. 41, 45, 47), bestehen laut Dr. F.____ ebenfalls keine zuverlässigen Anhaltspunkte. Es seien keine Bänder als verletzt aufgefunden worden, weder in den kernspintomographischen Untersuchung noch in den beiden Eingriffen in diesem Bereich (Suva-act. 56). Dr. E.____ äussert zwar der Beurteilung von Dr. F.____ widersprechend, die DRUG-Instabilität könnte als Unfallfolge angesehen werden. Seine Beurteilung vermag jedoch nicht zu überzeugen. Zu beachten ist zunächst, dass sie nur als mögliche, alternative Sachlage formuliert ist, im Sozialversicherungsrecht jedoch der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit notwendig ist (BGE 126 V 360 E. 5b). Dr. E.____ äussert sich ausserdem nicht dazu, inwiefern er eine Unfallkausalität als gegeben erachtet. Seine Aussage betreffend die Situation nach der Ulnaverkürzungsosteotomie vom 19. September 2007 - dann müsste zumindest jetzt die Schmerzsymptomatik deutlich abnehmen - scheint zwar in Bezug auf die Diagnose einer DRUG-Instabilität nachvollziehbar, eine Schlussfolgerung betreffend Unfallkausalität der DRUG-Instabilität kann jedoch daraus nicht abgeleitet werden. Angesichts dessen, dass die Diagnose der DRUG-Instabilität im übrigen mit den Diagnosen der TFCC-Läsion bzw. dem Impaktionssyndrom und der am 19. September 2007 im KSSG durchgeführten Ulnaverkürzungsosteotomie zusammenhängt (Suva-act. 49; Erwägung Ziff. 3.5.3), erscheint im übrigen eine davon isolierte Beurteilung der Unfallkausalität ohnehin wenig überzeugend. Die von Dr. E.____ in Bezug auf die DRUG-Instabilität in Erwägung gezogene Unfallkausalität wird schliesslich auch durch seine Feststellung, dass im Falle des Beschwerdeführers eine deutliche Aggravation vorzuliegen scheine, massgebend relativiert. Gegebenenfalls bestehe hier auch ein Schmerzsymptom, welches nicht nur morphologische Pathologien am Handgelenk als Ursache habe und somit auch schmerztherapeutisch angegangen werden sollte.

3.5.4

Hauptsächlich nimmt Dr. E.____ überhaupt an, dass die heutige Beschwerdesymptomatik eine Folge der Operation mit Resektion des Os pisiforme am linken Handgelenk vom 27. Februar 2006 darstelle, die wiederum die Folge der Kontusion vom 1. Februar (richtig: 29.

März) 2005 sei. Eine solche Unfallkausalität im Sinne einer sekundären Degeneration und Instabilität bzw. einer posttraumatischen Spätfolge ist grundsätzlich denkbar. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. E.____ vom 26. November 2007 (act. G 3.1) lässt sich jedoch im konkreten Fall eine solche nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellen. - In Bezug auf die Beurteilung von Dr. E.____ ist zunächst allgemein zu sagen, dass sie den in der Rechtsprechung an einen Arztbericht gestellten Anforderungen (BGE 125 V 353 E. 3a) nicht genügt. Die Beurteilung erfolgte offensichtlich nicht in Kenntnis der vollständigen Akten. Die Annahme wurde aufgrund einer eingeschränkten Befunderhebung und der Dr. E.____ nur teilweise zur Verfügung stehenden Berichte getroffen. Nicht erhöht wird der Beweiswert seiner Beurteilung durch die Tatsache, dass Dr. E.____ jeweils ein falsches Unfalldatum nennt. Er erhebt sodann den Befund einer sehr starken Empfindlichkeit im Bereich der Narbe ulno-plamar über dem Handgelenk, über die das Os pisiforme reseziert worden sei, eine gerade gute, aber sehr schmerzhaft Handgelenksbeweglichkeit sowie eine sehr schmerzhaft Abspreizung der Langfinger. Abgesehen davon, dass es sich dabei um rein klinische Untersuchungsbefunde handelt, in Bezug auf welche allgemein gesagt werden muss, dass es sich bei einer klinischen Untersuchung gerade bei der Prüfung von Dolenzen- im Vergleich zu einer röntgenologischen Untersuchung oder MRI-Untersuchung - nicht um eine uneingeschränkt exakte bzw. objektive Untersuchungsmethode handelt und die Beeinflussung eines klinischen Untersuchungsergebnisses durch den Patienten nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, spricht Dr. E.____ selber von einer eingeschränkten Befunderhebung. Die von ihm angenommene Kausalität wird schliesslich insofern relativiert, als er selber anfügt, es sei schwierig zu beurteilen, inwiefern das Unfallereignis vom 1. Februar (richtig: 29. März) 2005 jetzt noch symptomatisch wäre, wenn keine Os pisiforme-Entfernung durchgeführt worden wäre. Eine konkrete Begründung betreffend die fragliche Kausalität enthält der Bericht von Dr. E.____ ausserdem keine. Dr. F.____ vertritt schliesslich in seiner Beurteilung vom 30. Januar 2006 (Suva-act. 56) die eindeutige, Dr. E.____ entgegenstehende Auffassung, der dritte Eingriff, die Ulnaverkürzungsosteotomie, habe den Folgen degenerativer Veränderungen des TFCC - mit wahrscheinlich daraus resultierender Instabilität im DRUG - gegolten. Dies habe mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem ersten operativen Eingriff (Entfernung des Os pisiforme) nichts zu tun. Es handle sich um ein eigenständiges degeneratives Krankheitsbild. 3.5.5 Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die weiteren von den untersuchenden Ärzten des KSSG beim Beschwerdeführer im Bereich des linken Handgelenks gestellten Diagnosen sowie die damit im Zusammenhang stehenden operativen Eingriffe nur mögliche, jedoch keine überwiegend wahrscheinliche Folgen des Unfallereignisses vom 29. März 2005 darstellen.

E. 4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder die in Folge der Entfernung des Os pisiforme vom 27. Februar 2006 persistierenden ulnokarpalen Handgelenksschmerzen links mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis vom 29. März 2005 bzw. der vorgenannten Operation im Zusammenhang stehen noch die nachfolgend gestellten Diagnosen des signalalterierten Nervus ulnaris in der Loge de Guyon, des ulnokarpalen Impaktationssyndroms, der TFCC-Läsion und der DRUG-Instabilität mit nachgefolgter Verkürzungsosteotomie der Ulna mit überwiegender Wahrscheinlichkeit direkte bzw. indirekte Unfallfolgen darstellen.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 19. 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.