

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/16 vom 23. November 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_16

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/16 du 23 novembre 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/16 del 23 novembre 2012

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität eines Kubitaltunnelsyndroms bzw. Sulcus ulnaris Syndroms im Ellbogen mit Blick auf das geschilderte Unfallereignis, die echtzeitliche Unfalldiagnose und den zeitlichen Ablauf verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. November 2012, UV 2012/16).

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die auch bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) geltende rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigungen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1) zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Demgegenüber obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). 1.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben 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 f. 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 zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 71 f.). 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. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen des Grundfalls, d.h. bezüglich der Schadenmeldung vom 30. Oktober 2007 (Suva-act. 1), die Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 10. Oktober 2007 anerkannt und ist für die Heilbehandlung aufgekommen. Am 7. Februar 2008 fand in der Klinik für Neurologie des KSSG die erste elektroneuro-/myografische Untersuchung des Beschwerdeführers statt (Suva-act. 3), worauf Dr. C.____ im ärztlichen Zeugnis vom 23. April 2008 festhielt, der Beschwerdeführer klage seit dem Unfall über Sensibilitätsstörungen Dig 3/4. Im November 2006 sei dort ein CTS operiert worden. Nach der EMG handle es sich jetzt wiederum um ein CTS links, welches posttraumatisch sei. Die Beschwerden des Patienten seien nicht sehr stark, weshalb ein vorläufiger Behandlungsabschluss mit Vorbehalt erfolge (Suva-act. 4). Laut Einspracheentscheid vom 24. Januar 2012 schloss die Beschwerdegegnerin den Grundfall gestützt auf diese Aussage von Dr. C.____ ab (Suva-act. 39: Bst. A, 1. Absatz). Am 22. Mai 2008 erfolgte eine weitere Schadenmeldung unter Hinweis auf das Unfallereignis vom 10. Oktober 2007, welche als Rückfall bezeichnet wurde (Suva-act. 2), und wofür die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht offensichtlich ebenfalls anerkannte. In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 13. August 2008 diagnostizierte Dr. C.____ eine Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Hand, hielt jedoch fest, er sehe therapeutisch keine Möglichkeiten, etwas zu verändern. Der Beschwerdeführer sei eigentlich mit dem Befund soweit zufrieden. Er sei nicht sehr stark belastet, sodass vorläufig ein Behandlungsabschluss stattfinde (Suva-act. 6). Am 6. Oktober 2008 und 17. Februar 2009 fanden jedoch bereits wieder elektroneuro-/myografische Untersuchungen in der Klinik für Neurologie des KSSG statt (Suva-act. 7, 13). Ein formloser Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin erfolgte denn offenbar auch erst gestützt auf die telefonische Mitteilung des Beschwerdeführers vom 28. April 2009 (Suva-act. 14) sowie dessen Aussage im Schreiben vom 7. Januar 2010 (Suva-act. 15), es sei kein Termin im KSSG oder beim Hausarzt mehr vorgesehen (vgl. Suva-act. 39: Bstb. A, 2. Absatz). Am 15. Juni 2011 erfolgte sodann die Meldung des hier streitigen Rückfalls zum Unfall vom 10. Oktober 2007 (Suva-act. 16).

2.2 Aus den Akten ist zunächst nicht ersichtlich, dass bezüglich des Fallabschlusses im Grundfall sowie des ersten sogenannten Rückfalls eine schriftliche Mitteilung im Sinn von Art. 51 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) oder eine schriftliche Verfügung ergangen ist (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Grundsätzlich wurden damit beide Male keine rechtskonformen Fallabschlüsse vorgenommen (vgl. BGE 132 V 412 und 134 V 145). Die eben dargelegte Sachlage spricht für einen fortdauernden Grundfall. Im weiteren ist zu beachten, dass von der ersten Schadenmeldung weg bis zur sogenannten Rückfallmeldung rund sieben Monate, vom angenommenen Abschluss des Grundfalls (23. April 2008) bis zur Durchführung der nächsten ärztlichen Untersuchung (6. Oktober 2008) sogar nur rund fünfeinhalb Monate vergingen, und Dr. C.____ beim Beschwerdeführer auch zwischendurch (13. August 2008) eine Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Hand diagnostiziert hat. Dieser zeitliche Ablauf lässt es als gerechtfertigt erscheinen, von einem fortdauernden Grundfall 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). Von der zweiten Schadenmeldung und des diesbezüglichen (wenn auch nicht rechtskonform vollzogenen) Fallabschlusses weg bis zur hier streitigen Schadenmeldung vom 15. Juni 2011 vergingen hingegen rund drei bzw. eineinhalb Jahre. Dieser zeitliche Ablauf lässt es als gerechtfertigt erscheinen, von einem Rückfall auszugehen. Gemäss Verfügungswortlaut vom 29. Juli 2011 (Suva-act. 23) ging auch die Beschwerdegegnerin bei der Schadenmeldung vom 15. Juni 2011 von einem Rückfall aus. Ein Rückfall liegt praxisgemäss vor, wenn ein vermeintlich geheiltes Leiden wieder aufflackert, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer Arbeitsunfähigkeit kommt (vgl. BGE 118 V 296 f. E. 2c). Bei Auftreten eines anders gearteten Krankheitsbilds vermag grundsätzlich kein Rückfall vorzuliegen. Beim Beschwerdeführer wurde ein Sulcus ulnaris Syndrom bereits anlässlich der elektroneuro-/myografischen Untersuchungen vom 6. Oktober 2008 und 17. Februar 2009 und damit vor dem Fallabschluss bezüglich der zweiten Schadenmeldung erhoben. Auch diese Sachlage lässt es als gerechtfertigt erscheinen, von einem Rückfall auszugehen. 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, was vorliegend - wie zu zeigen sein wird - nicht zutrifft.

E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den am 15. Juni 2011 gemeldeten Beschwerden im linken Ellbogen (Suva-act. 16) bzw. dem vom Spital D.____ im Untersuchungsbericht vom 12. Mai 2011 diagnostizierten Kubitaltunnelsyndrom links, welches am 16. Juni 2011 im gleichen Spital mit einer endoskopischen Dekompression des Nervus ulnaris operativ behandelt wurde (Suva-act. 19), und dem Ereignis vom 10. Oktober 2007 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, so dass ein Rückfall bejaht werden kann. Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. E.____ vom 22. Juli und 28. Dezember 2011 (Suva-act. 21, 38.1) davon ausgeht, die fraglichen Ellbogenbeschwerden seien nicht auf den Unfall vom 10. Oktober 2007 zurückzuführen - und seien damit wohl als krankheits- bzw. degenerativ bedingt zu betrachten -, stellt sich der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf den Standpunkt, die kreisärztliche Beurteilung könne nicht als massgebend angesehen werden. Als blosse Aktenbeurteilung ohne Untersuchung und spezialärztliche Abklärung des Beschwerdeführers hinsichtlich Unfallfolgen sei sie weder vollständig noch umfassend. Sie sei aber auch nicht nachvollziehbar und schlüssig sowie nicht ausreichend unabhängig und objektiv. Entgegen der kreisärztlichen Beurteilung spiele der Unfall für die fragliche Ellbogenproblematik mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine kausale Rolle.

3.2 Das Kubitaltunnelsyndrom stellt eine gesundheitliche Störung dar, bei welcher grundsätzlich beide von den Verfahrensparteien vertretenen Kausalitäten denkbar sind. So kann das fragliche Syndrom sowohl im Rahmen eines degenerativen Prozesses, d.h. infolge einer Arthrose, durch eine Subluxationstendenz des Nervs oder Druckschädigung, beispielsweise infolge falscher Lagerung des Ellenbogens bei lang dauernder Operation, oder andere mechanische Belastung entstehen, aber auch als unfallkausaler Gesundheitsschaden infolge

Druckschädigung des Nervus ulnaris durch Frakturen (allenfalls mit posttraumatischer Fehlstellung des Ellbogens) oder Luxationen am Ellenbogengelenk auftreten (vgl. dazu Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2011, S. 2005 unter "Sulcus-nervi-ulnaris-Syndrom"; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1781 unter "Sulcus-ulnaris-Syndrom"; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 741; <http://www.neurochirurgie-dossenheim.de/k_kubitaltunnel.htm> und <<http://www.gutachten-hand-arm.de/Ulnaris/Druckschaden.htm>>, abgerufen am 12. November 2012). Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität (Krankheits- oder Unfallkausalität) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

E. 4

4.1 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Der Umstand, dass Dr. E. ___ seine Beurteilungen vom 22. Juli und 28. Dezember 2011 (Suva-act. 21, 38.1) aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Beurteilungen nicht entgegen. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366 E. 5b). Den Ausführungen in der Beurteilung vom 28. Dezember 2011 unter der Rubrik "Aktenmässiger Verlauf" (Ziff. 2) ist zu entnehmen, dass Dr. E. ___ seine Einschätzung in Kenntnis der vorliegenden Vorakten abgegeben hat. Die Argumentation des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, in der ergänzenden kreisärztlichen Beurteilung vom 28. Dezember 2011 sei kein anderes Ergebnis zu erwarten gewesen, nachdem der Kreisarzt bereits in seiner Kurzbeurteilung vom 22. Juli 2011 eine Kausalität verneint habe, ist gerade dahingehend zu werten, dass der Kreisarzt seine Kurzbeurteilung bzw. die Verneinung einer Kausalität im Rahmen einer ausführlichen Beurteilung nur zu festigen vermochte. Es ist nicht nachvollziehbar, inwiefern einem solchen Umstand mangelnde Objektivität zukommen sollte. Selbstverständlich gilt es nun aber im Folgenden, die kreisärztliche Beurteilung auf ihren überwiegend wahrscheinlichen Beweiswert hin zu prüfen.

4.2 In der Kurzbeurteilung vom 22. Juli 2011 verneinte Dr. E. ___ eine Rückfallkausalität mit der Begründung, dass der Grundfall die linke Hand betroffen habe. Vom Ellbogen sei seinerzeit keine Rede gewesen (Suva-act. 21). In der ärztlichen Beurteilung vom 28. Dezember 2011 ergänzte der Kreisarzt, aus den Echtzeitdokumenten sei eine direkte Verletzung im Bereich des linken Ellbogens nicht zu entnehmen. Gemäss Schilderung des Patienten habe ein direktes Trauma auf das linke Ellbogengelenk nicht stattgefunden. In der ersten neurographischen Untersuchung der oberen Extremitäten vom

7. Februar 2008 seien Läsionen betreffend den linken Nervus ulnaris objektiv nicht nachgewiesen worden. Von einer Affektion des linksseitigen Nervus ulnaris sei erstmals in der neurographischen Kontrolluntersuchung vom 6. Oktober 2008 berichtet worden. Im Übrigen sei darauf zu verweisen, dass eine solche Veränderung auch auf der rechten Seite nachgewiesen worden sei. Zusammengefasst sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Datenlage das linksseitige Nervus ulnaris Syndrom nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. Oktober 2007 zurückzuführen (Suva-act. 38.1).

4.3 Massgebende Beurteilungskriterien für die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bilden zunächst - wie auch von Dr. E. ___ für seine Verneinung der Unfallkausalität als richtungweisend betrachtet - der Unfallmechanismus zusammen mit den ursprünglich gestellten Unfalldiagnosen sowie der zeitliche Ablauf. In den ereignisnahen Akten, d.h. in der Unfallmeldung vom 30. Oktober 2007 (Suva-act. 1), ist von einer Prellung an Oberschenkel und Hand die Rede. Am 13. November 2008 berichtete der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin, er sei am 10. Oktober 2007 als Motorradfahrer von einem Auto angefahren und nach vorne über das Motorrad katapultiert worden. Beim Aufprall habe er sich mit der linken Hand innen abgestützt. Er habe auch Schürfungen am linken Bein erlitten (Suva-act. 10). Aus den angeführten Unfallschilderungen geht explizit keine Mitbeteiligung des linken Ellbogens hervor. Wiederholt wurde nur ein Abfangen des Sturzes mit der linken Hand erwähnt. Eine Mitbeteiligung des linken Ellbogens bzw. Unterarms wurde erst beschwerdeweise formuliert. Entscheidend ist jedoch letztlich, dass in den medizinischen Akten keinerlei Anhaltspunkte für das Geschehen einer Fraktur oder Luxation des Ellbogengelenks und damit - wie bereits erwähnt - einer, zu einer Schädigung des Nervus ulnaris führenden Verletzung (vgl. Erwägung 3.2), vorhanden sind. Ein bei Unfällen üblicherweise in den Akten zu findendes, von der Beschwerdegegnerin standardisiertes, insbesondere über die echtzeitliche Unfalldiagnose Auskunft gebendes, Arztzeugnis des erstbehandelnden Arztes Dr. C. ___ liegt zwar keines bei den Akten. In seinem ärztlichen Zeugnis vom 23. April 2008 (Suva-act. 4) zieht jedoch Dr. C. ___ ein solches Geschehen nicht einmal in Erwägung. Im Regelfall führen massgebende Verletzungen zu Schmerzen und werden unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch im entsprechenden Umfang wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung diagnostiziert. Im konkreten Fall wurde jedoch die Frage nach einer solchen Verletzung auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt gestellt. Ohne Ellbogengelenksverletzung erscheint jedoch ein unfallkausales Kubitaltunnelsyndrom unwahrscheinlich. Damit übereinstimmend stellt sich der Entwicklungsverlauf der Diagnosestellung des Sulcus ulnaris Syndroms dar, angesichts dessen die Annahme einer Unfallverursachung ebenfalls nicht als überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen gelten kann. In der ersten, rund vier Monate nach dem Unfall, am 7. Februar 2008 auf Zuweisung von Dr. C. ___ durchgeführten elektroneuro-/myografischen Untersuchung in der Klinik für Neurologie des KSSG wurde der Beschwerdeführer auf ein CTS sowie ein Sulcus Nervus ulnaris Syndrom hin untersucht. Elektroneurographisch zeigte sich rechts ein leichtes sensibles CTS. Ansonsten konnten jedoch keine Hinweise für eine Neuropathie an den oberen Extremitäten oder für eine Radikulopathie C8 links erhoben werden (Suva-act. 3). Neben dem sensiblen rechtsseitigen CTS wurde erstmals im Rahmen der ein Jahr nach dem Unfall in der Klinik für Neurologie des KSSG durchgeführten elektroneuro-/myografischen Untersuchung vom 6. Oktober 2008 ein beidseitiges Sulcus ulnaris Syndrom diagnostiziert, wobei im Untersuchungsbericht vom 7. Oktober 2008 darauf hingewiesen wurde, dass die erhobenen

elektro-neurographischen Befunde nicht mit der Klinik korrelieren würden (Suva-act. 7, 8). In der nachfolgenden elektro-neuro-/myografischen Untersuchung der Klinik für Neurologie des KSSG vom 17. Februar 2009 (Suva-act. 13) konnte im Inching des Nervus ulnaris linksseitig ein deutlicher Hinweis auf ein Sulcus ulnaris Syndrom bestätigt werden. Die untersuchenden Klinikärzte hielten jedoch auch im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht über die ambulante Verlaufskontrolle einschränkend fest, dass die vom Patienten beschriebenen Symptome durch das leichte sensomotorische CTS rechts und das Sulcus ulnaris Syndrom linksseitig nach wie vor nicht erklärbar seien. Insbesondere fände sich keine vernünftige Erklärung für die in der klinischen Untersuchung auffallenden Paresen der kleinen Handmuskeln bei kräftig beschwielten Handinnenflächen mit gut ausgebildeten Muskelbäuchen im Bereich beider Hände. Trotz des Hinweises auf ein linksseitiges Sulcus ulnaris Syndrom zogen die Ärzte zudem eine andere Ursache - eine funktionelle Genese der Schwäche im Bereich beider Hände - in Betracht (Suva-act. 13). Nach dem Gesagten scheint also das Vorliegen einer linksseitigen Ellbogenproblematik auch über ein Jahr nach dem Unfall noch nicht gefestigt gewesen zu sein. Eine uneingeschränkte Diagnose eines linksseitigen Sulcus ulnaris Syndroms bzw. Kubitalyndroms, welche am 16. Juni 2011 zu einer entsprechenden Operation führte (Suva-act. 19), liegt erst mit dem Untersuchungsbericht des Spitals D.____ vom 10. Mai 2011, und damit rund dreieinhalb Jahre nach dem Unfall, vor (Suva-act. 17). 4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aufgrund des Unfallhergangs, der ursprünglich gestellten Unfalldiagnosen sowie des zeitlichen Ablaufs keinerlei Anhaltspunkte für eine Unfalleinwirkung auf den linken Ellbogen am 10. Oktober 2007 ergeben. Die Beurteilung von Dr. E.____ vom 28. Dezember 2011 (Suva-act. 38.1) umfasst diese im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung massgebenden Beurteilungskriterien und erscheint damit in der Schlussfolgerung einer Verneinung der Unfallkausalität des Kubitaltunnelsyndroms - welches vor allem auch ohne weiteres degenerativ bzw. krankheitsbedingt sein kann - durchaus schlüssig und überzeugend.

E. 4.5

4.5.1 Das ärztliche Zeugnis von Dr. C.____ vom 23. April 2008 (Suva-act. 4) vermag der kreisärztlichen Beurteilung nichts Überzeugendes entgegen zu setzen. So stehen die darin enthaltenden Ausführungen in Widerspruch zum Untersuchungsergebnis der Klinik für Neurologie des KSSG. Während Dr. C.____ festhält, der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall über Sensibilitätsstörungen Dig 3/4 geklagt und dort (links: vgl. dazu Suva-act. 8, 10) sei im November 2006 ein CTS operiert worden, zeigte die elektro-neuro-/myografische Untersuchung der Klinik für Neurologie des KSSG vom 7. Februar 2008 (Suva-act. 3) rechts ein leichtes sensibles CTS. Links lagen die erhobenen Werte im Normbereich. Seiner Aussage, nach dem EMG handle es sich jetzt wiederum um ein CTS und er denke, dass dies posttraumatisch sei, kommt damit kein Beweiswert zu. Dies zumal im vorliegenden Fall eine Ellbogen- und keine Handgelenksproblematik zur Diskussion steht. Die Aussage, eine Gesundheitsschädigung sei posttraumatisch, vermag sodann juristisch gesehen ohnehin nichts über eine Kausalität in Bezug auf ein Unfallereignis auszusagen (vgl. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl., Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb in fine), sondern drückt lediglich aus, dass gewisse Beschwerden nach einem Unfall aufgetreten sind. 4.5.2 Auch die vom Beschwerdeführer nach dem Unfall geschilderte Beschwerdesymptomatik lässt für sich nicht von einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität ausgehen. Während Sensibilitätsstörungen in der ulnaren Unterarm- und Handhälfte bzw. am

Kleinfinger, am kleinfingerseitigen Ringfinger und an der kleinfingerseitigen Handkante sowie eine motorische Schwäche oder Lähmung auf ein Kubitaltunnelsyndrom bzw. Sulcus ulnaris Syndrom hinweisen können (vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 2005; <http://www.neurochirurgie-dossenheim.de/k_kubitaltunnel.htm>, abgerufen am 25. Oktober 2012), bilden Kraftverlust sowie Sensibilitätsstörungen an Hohlhand und Fingern 1-3 einschliesslich der radialen Seite vom 4. Finger Symptome eines CTS (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1038; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 978; Das MSD Manual, 6. Aufl. München 2000, S. 1807). Laut ärztlichem Zeugnis von Dr. C.____ vom 23. April 2008 (Suva-act. 4) klagte der Beschwerdeführer nach dem Unfall über Sensibilitätsstörungen im Bereich des Dig 3 und 4. In der Schadenmeldung vom 22. Mai 2008 (Suva-act. 2) werden Probleme mit den Fingern bzw. ein Einschlafgefühl vermerkt. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 13. August 2008 (Suva-act. 6) diagnostizierte Dr. C.____ eine Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Hand. Gegenüber der Klinik für Neurologie des KSSG berichtete der Beschwerdeführer am 6. Oktober 2008 (Suva-act. 8) in Bezug auf die linke Hand über Missempfindungen und Taubheitsgefühle im Daumen, im Zeigfinger sowie dem 4. und 5. Finger. Hinzu käme ein Kraftverlust, insbesondere bei längerem Arbeiten auf einem Bauernhof als Landwirt. Auch nähmen hierbei die Missempfindungen zu. Der Beschwerdeführer erklärte, nach der CTS-Operation in der linken Hand im November 2006 beschwerdefrei gewesen zu sein. Seit dem Verkehrsunfall vom 10. Oktober 2007 habe er wieder die gleichen Beschwerden in der linken Hand wie vor der operativen Sanierung des linken CTS. Dies bestätigte er auch am 13. November 2008 gegenüber der Beschwerdegegnerin. Betroffen seien der linke Daumen, Zeig- und Ringfinger sowie neu der Kleinfinger. Es sei wieder ein ständiges Kribbeln und teils ein Taubheitsgefühl am Daumen vorhanden. Die Gefühlsstörungen an der linken Hand seien seither nie mehr weg gegangen (Suva-act. 10). Laut Untersuchungsbericht des Spitals D.____ vom 12. Mai 2011 (Suva-act. 17) bestand sodann seit Jahren eine Einschlafsymptomatik am Ring- und Kleinfinger linksseitig. - Grundsätzlich würden die geschilderten Beschwerden der Symptomatik eines Kubitaltunnelsyndroms entsprechen. Dieser Umstand ändert jedoch nichts an den Ausführungen in Erwägung 4.3, wonach im konkreten Fall eine Unfallursächlichkeit angesichts der hierfür massgebenden Beurteilungskriterien nicht überwiegend wahrscheinlich erwiesen ist. Die geschilderten Beschwerden müssen damit zunächst als ein rein subjektiv wahrgenommenes Beschwerdebild eingestuft werden. Von einer Objektivierung eines Sulcus ulnaris Syndrom könnte allerfrühestens mit Vorliegen des Untersuchungsergebnisses der Klinik für Neurologie des KSSG vom 6. Oktober 2008 (Suva-act. 7) und damit ein Jahr nach dem Unfall ausgegangen werden. Auch nach dessen Diagnostizierung bestanden jedoch keinerlei Anhaltspunkte für dessen traumatische Verursachung. Der Hinweis des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, es sei als erwiesen anzusehen, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis vom 10. Oktober 2007 vollkommen beschwerdefrei gewesen sei, nachdem er im November 2006 im Spital D.____ erfolgreich wegen einem CTS links operiert worden sei, reicht nicht aus, um von einer Unfallkausalität auszugehen (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in: Maurer, a.a.O., S. 460 N 1205; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb; SVR 2008 UV Nr. 11 [U 290/06] S. 34 E. 4.2.3).

E. 5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten kann, dass es sich bei

der Ellbogenproblematik links um eine natürlich-kausale Folge des Unfallereignisses vom 10. Oktober 2007 handelt. Demgemäss ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf diesbezügliche Leistungen der Beschwerdegegnerin abzuweisen. Die Frage der Adäquanz des Kausalzusammenhangs braucht in dieser Situation nicht geprüft zu werden.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.