

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/17 vom 22. November 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-11-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_17

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/17 du 22 novembre 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/17 del 22 novembre 2013

Regeste

Art. 9 Abs. 1 UVG: Berufskrankheit. Bejahung einer Listenkrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG und Ziff. 2 des Anhangs 1 zur UVV (Peritendinitis crepitans). Rückweisung zu ergänzenden Abklärungen betreffend Rechtsfrage der vorwiegenden Verursachung der Listenkrankheit durch die berufliche Tätigkeit (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. November 2013, UV 2013/17).

Erwägungen

E. 1

Streitig ist vorliegend, ob die beidseitigen rechtsbetonten Handgelenksbeschwerden der Beschwerdeführerin eine Berufskrankheit im Sinn des UVG darstellen und somit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auslösen.

E. 2.1

Nach Art. 9 Abs. 1 UVG gelten als Berufskrankheiten Krankheiten (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Rechtsprechungsgemäss liegt eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten dann vor, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C_465/2011, E. 7.1). Eine "ausschliessliche" Verursachung liegt vor, wenn der ursächliche Anteil der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit praktisch 100% beträgt (BGE 119 V 201 E. 2a mit Hinweis). Der Bundesrat erstellt laut Art. 9 Abs. 1 Satz 2 UVG die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) hat er in Ziff. 1 des Anhangs 1 zur UVV abschliessend die schädigenden Stoffe (Listenstoffe) aufgeführt und in Ziff. 2 des Anhangs 1 zur UVV ebenfalls abschliessend die Krankheiten (Listenkrankheiten), die mit bestimmten Arbeiten korrespondieren, aufgezählt. Die Liste von Ziff. 2 des Anhangs 1 zur UVV ist die sogenannte Doppelliste, denn zu den aufgelisteten Arbeiten sind jeweils gewisse Krankheitsbilder erforderlich (RKUV 1988 Nr. U 61 S. 449 f. E. 1a; (A. Rumo-Jungo/A. Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 92 f.).

E. 2.2

Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen ist, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Die Generalklausel des Art. 9 Abs. 2 UVG bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, wenn die bundesrätliche Liste entweder einen schädigenden Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit, die durch die Arbeit verursacht wurde, nicht aufführt. Ein "ausschliesslicher oder stark überwiegender" Zusammenhang gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG liegt rechtsprechungsgemäss vor, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75% durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist oder mit anderen Worten die körperliche Schädigung bei einer bestimmten Berufsgruppe vier Mal häufiger auftritt als bei der allgemeinen Bevölkerung (Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C-465/2011, E. 7.2; BGE 126 V 190 E. 4c, 119 V 201 E. 2b mit Hinweis, 116 V 143 E. 5c). Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen beruflicher Tätigkeit und Erkrankung vermag das Erfordernis dieses qualifizierten Kausalzusammenhangs nicht zu begründen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C_465/2011, E. 7.2).

E. 2.3

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, 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsrecht tragen mithin die Parteien in der Regel eine 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 einer leistungsaufhebenden Tatfrage liegt die Beweislast somit beim Unfallversicherer, bei einer leistungsbegründenden Tatfrage - wie der vorliegenden - bei der versicherten Person. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Auch den Berichten versicherungointerner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. 5 E., 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. F.____ am 26. März 2012 (act. G 7.2/ZM9) erstellt wurde, ist gleichfalls nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, ob die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte oder die Expertin imstand ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (in RKUV 1988 Nr. U 56 S. 366 publ. E. 5b von BGE 114 V 109, Urteile des

Bundesgerichts vom 1. Februar 2010, 8C_792/2009, E. 5, und 26. Januar 2010, 8C_833/2009, E. 5.12). Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten verfolgen in der Regel nicht den Zweck, zu einem medizinischen Sachverhalt abschliessend Stellung zu nehmen und eine objektive Beurteilung von Versicherungsansprüchen zu erlauben, denn diese Fachpersonen sind auf die Behandlung konzentriert. Aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung sagen sie im Zweifelsfall auch eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aus. Dennoch ist ihre Berichterstattung korrekt zu würdigen und sind Anhaltspunkte zu beachten, die die Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen als nicht schlüssig erscheinen lassen (BGE 135 V 470 f. E. 4.5 f.; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Beizug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen).

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob bei der Beschwerdeführerin von einer Listenerkrankung im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG und Ziff. 2 des entsprechenden Anhangs 1 zur UVV auszugehen ist. Während der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im konkreten Fall die in der Liste aufgeführte "sogenannte Sehnenscheidenentzündung (Peritendinitis crepitans)" - eben auch Tendovaginitis genannt -, welche bei "allen Arbeiten" als arbeitsbedingte Erkrankung im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG gilt, als verifiziert betrachtet, verneint die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer solchen Listenerkrankung.

E. 3.2.1

Im ersten ärztlichen Zeugnis vom 3. September 2011 diagnostizierte Dr. C.____ bei der Beschwerdeführerin anlässlich seiner Erstbehandlung vom 11. Juli 2011 eine Tendovaginitis der Flexoren beidseits sowie eine beidseitige Überlastungsarthropathie der Handgelenke. Die Feststellung der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2013 (act. G 7), man müsse sich ernsthaft fragen, weshalb der behandelnde Arzt Dr. C.____ diese Diagnose nicht im ersten ärztlichen Zeugnis (act. G 7.2/ZM3) gestellt habe, wenn sie nach seiner Auffassung vorhanden gewesen sein sollte, ist damit aktenwidrig. Zweifellos stellt sich jedoch die weitere, von der Beschwerdegegnerin erwogene Frage, inwieweit die von Dr. C.____ gestellte Diagnose einer Tendovaginitis überzeugt. Dr. F.____ legt diesbezüglich dar, dass - um von einer Berufskrankheit im Sinn des Gesetzes sprechen zu können - als unabdingbare Voraussetzung ein diagnostisch klar definiertes Krankheitsbild vorliegen müsse. Aufgrund der von der Beschwerdeführerin beschriebenen klinischen Befunde an beiden Handgelenken bleibe es jedoch unklar, auf welchem pathophysiologischen Substrat die Beschwerden tatsächlich beruhten. Eine "Überlastungsarthropathie" der Handgelenke sei keine medizinische Diagnose, sondern der deskriptive Begriff eines Beschwerdebildes aufgrund der Hypothese einer (arbeitsbedingten) Überlastung. Weder aus den klinischen noch den radiologischen Befunden gehe jedoch eindeutig hervor, welche anatomische Struktur dabei tatsächlich "überlastet" sei. Die Diagnose einer (rechtsbetonten) Tendovaginitis der Flexoren sei zu wenig spezifisch, solange sie sich klinisch nur in einer Schmerzangabe bei Beugung, Supination und Kompression des Handgelenks äussere (wobei eine schmerzhafteste Supination nicht als typischer klinischer Befund einer Tendovaginitis der Beugesehnen

betrachtet werden könne) und solange aus dem klinischen Befund nicht präzise hervorgehe, welche Flexorensehnen am Handgelenk genau betroffen seien. Auch die beschriebene Krepitation (welcher Sehne?) müsse bei einer Tendovaginitis der Beugesehnen am Handgelenk als sehr ungewöhnlich bezeichnet werden. Das für eine Peritendinitis crepitans pathognomonische Krepitieren betreffe klassischerweise die radialen Strecksehnen am Vorderarm im Bereich des peritendinösen Gewebes (und nicht in den Sehnenscheiden). Jedenfalls entspreche das bei der Beschwerdeführerin beschriebene Krankheitsbild nicht einer "Listendiagnose" im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG.

E. 3.2.2

Die Beurteilung von Dr. F.____ basiert auf der Grundlage, dass die Diagnose die genaue Zuordnung von Befunden - diagnostischen Zeichen oder Symptomen - zu einem Krankheitsbegriff ist. Anders gesagt, bedingt eine positive Diagnose, dass die erhobenen anamnestischen Angaben und/oder Befunde spezifisch für ein Krankheitsbild sind. Sind sie hierfür nicht ausreichend, werden in der Regel weitere Untersuchungen zur Diagnosesicherung notwendig (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 473; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 424). Ebenfalls nachvollziehbar ist die Feststellung von Dr. F.____ betreffend der diagnostizierten "Überlastungsarthropathie", mit welcher im Hauptgehalt der Zustand der Überlastung beschrieben bzw. festgestellt wird. Allein damit liegt jedoch noch kein zwingender Hinweis auf eine Tendovaginitis vor. Die Arthropathie ist der Oberbegriff für alle Gelenkerkrankungen (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 171; Roche, a.a.O., S. 134). Andererseits stellt die Überlastung bzw. Überbeanspruchung der Handgelenke bzw. der Muskelsehnen bzw. deren Sehnenscheiden unbestrittenermaßen eine - wenn auch neben anderen - bekannte Ursache der Peritendinitis crepitans dar (vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 2065; Roche, a.a.O., S. 1808; A. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 751). Insofern kann die Diagnose einer Überlastungsarthropathie als erklärende, auf die Ursache der Hauptdiagnose hinweisende Diagnose betrachtet werden. Die Diagnose der Peritendinitis crepitans wird demzufolge durch die Diagnose der Überlastungsarthropathie nicht in Frage gestellt, sondern nachvollziehbar untermauert bzw. genauer definiert. Unbestritten ist auch, dass Schmerzen - vor allem bei Gebrauch der Hand - sowie das Krepitieren bei Bewegungen der Sehne Hauptsymptome der Peritendinitis crepitans darstellen und damit wesentliche Grundlagen der konkreten Diagnostik bilden (vgl. dazu auch Debrunner, a.a.O., S. 751; Pschyrembel, a.a.O., S. 2065; Roche, a.a.O., S. 1808).

E. 3.2.3

Dr. C.____ erhob im ersten ärztlichen Zeugnis vom 3. September 2011 als Befunde eine beidseitige rechtsbetonte Tendovaginitis der Flexoren mit Krepitation, eine schmerzhafte Flexion, aber auch Supination und Kompression. Die Röntgenuntersuchung ergab unauffällige Gelenkverhältnisse (act. G 7.2/ZM3). Wie von Dr. F.____ festgehalten, geht auch aus der medizinischen Literatur hervor, dass bei einer Peritendinitis crepitans vor allem ("klassischerweise") die Sehnen bzw. Sehnenscheiden an der Streckseite befallen sind (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 751; http://www.gutachten-hand-arm.de/BK_2101/Tendovaginitis_crepitans/Tendovaginitis_crepitans.htm, abgerufen am 22. Oktober 2013). Von einer Peritendinitis crepitans können jedoch offensichtlich auch andere Handgelenkssehnen betroffen sein, weshalb die von der Beschwerdeführerin insbesondere im Bereich der Flexoren angegebenen Schmerzen nicht eigentlich gegen das Vorliegen der fraglichen

Gesundheitsschädigung sprechen. Es ist sodann anzunehmen, dass die Krepitationen von Dr. C.____ im Bereich der entsprechenden Sehnen - und nicht in den Sehnenscheiden (vgl. Dr. F.____) - ertastet wurden. Der Einwand von Dr. F.____, die Diagnose einer Tendovaginitis der Flexoren sei insofern wenig spezifisch und gehe aus den Befunden nicht eindeutig hervor, als nicht festgelegt sei, welche Flexorensehnen am Handgelenk genau betroffen seien, überzeugt wenig. So bezweifelt er das Vorliegen einer Tendovaginitis offenbar vor allem deshalb, weil nicht die Strecksehnen, sondern die Beugesehnen betroffen sind. Wie bereits erwähnt, ist dieser Umstand jedoch nicht aussagekräftig. Die weitere Forderung nach einer genauen Bezeichnung der explizit betroffenen Flexorensehnen ist nicht nachvollziehbar. So ist insbesondere nicht dargetan, inwiefern eine zusätzliche Differenzierung bzw. Austestung der unmittelbar nebeneinander liegenden, mehrheitlich im Karpaltunnel verlaufenden Flexoren überhaupt möglich wäre. Dr. C.____ hielt im Übrigen in seinem Bericht vom 12. April 2013 fest, dass die anlässlich der Erstbehandlung vom 11. Juli 2011 neben den ausgeprägten Tendovaginitiden der Handgelenksflexoren nebenbefundlichen diffusen Schmerzen in den Handgelenken bzw. die Überlagerung mit den Handgelenksbeschwerden die Austestung der einzelnen Sehnen unmöglich gemacht habe, dies jedoch nichts an der Diagnose ändere (act. G 3.1/7). Anzufügen ist schliesslich, dass Dr. C.____ eine Tendovaginitis der Flexoren feststellte. Inwiefern der gleichzeitige Befund einer schmerzhaften Supination - wie von Dr. F.____ festgehalten - als Befund einer Tendovaginitis der Beugesehnen und nicht als eigenständiger Befund betrachtet werden soll, ist nicht nachvollziehbar.

E. 3.3

Angesichts des Gesagten, kann der Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin - Dr. F.____ habe nachvollziehbar und einleuchtend begründet, dass keine Listendiagnose im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG vorliege - nicht beigepflichtet werden. Fakt ist, dass Dr. C.____ - wenn auch bei unauffälligem Röntgenbefund - an beiden Handgelenken eine Tendovaginitis der Flexoren und damit eine Listenerkrankung im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG und des entsprechenden Anhangs 1 zur UVV diagnostiziert hat. Da die Diagnose zu Beginn der ärztlichen Behandlung von Dr. C.____ gestellt wurde und aktuell - nach durchgeführter Heilbehandlung und beruflicher Veränderung - wohl kaum mehr nachvollziehbar sein wird, wären von weiteren medizinischen Abklärungen hinsichtlich der Diagnosestellung keine weiterführenden, anderen Erkenntnisse zu erwarten. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass gestützt auf das ärztliche Zeugnis von Dr. C.____ das Vorliegen einer Listenerkrankung im Zeitpunkt seiner Erstbehandlung am 11. Juli 2011 nicht anzuzweifeln ist. Allein der Umstand, dass die fragliche Diagnose vom behandelnden Arzt gestellt worden ist, lässt nicht an ihr zweifeln. Die zentrale Aufgabe des behandelnden Arztes ist vorderhand die Behandlung bzw. Heilung des Patienten. Für die Festlegung der richtigen, d.h. zweckmässigen und wirksamen Therapie ist vorab eine genaue Diagnosestellung notwendig. In diesem Sinn, aber auch angesichts des Umstands, dass die von Dr. C.____ durchgeführte konkrete Behandlung (vgl. Ziff. 5 des ersten ärztlichen Zeugnisses [act. G 7.2/ZM3]) einer solchen bei Tendovaginitis entspricht (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 751; Pschyrembel, a.a.O., S. 2065), besteht kein Grund, nicht von seiner Diagnose auszugehen. Schliesslich vermag auch die fachliche Qualifikation von Dr. C.____ den Beweiswert der Diagnose nicht von vornherein in Frage zu stellen.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellt sich nun aber im Weiteren gestützt auf die Beurteilung von Dr. F.____ auf den Standpunkt, dass selbst eine Listenkrankheit - mangels mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellter vorwiegender Verursachung durch die berufliche Tätigkeit - keine Berufskrankheit darzustellen vermöge.

E. 4.2

Wenn eine versicherte Person an einer Krankheit leidet, die in Ziff. 2 des Anhanges 1 zur UVV aufgeführt ist und sie - kumulativ - alle oder dort besonders umschriebene Tätigkeiten verrichtet hat, liegt in der Regel eine Berufskrankheit vor. Die Zusammenhangsfrage ist in diesem Bereich - auf Grund arbeitsmedizinischer Erkenntnisse - weitgehend durch den Verordnungsgeber vorentschieden. Von dieser Regel, welche auch als dem (schlüssigen) Gegenbeweis weichende natürliche Vermutung bezeichnet werden kann, ist abzugehen, wenn konkrete Umstände des Einzelfalls klar gegen eine berufliche Verursachung sprechen (BGE 126 V 189 E. 4a mit Hinweis auf nicht veröffentlichtes Urteil M. vom 2. Februar 1996).

E. 4.3.1

Dr. F.____ schilderte zunächst die Belastungen und Bewegungsabläufe im Beruf, welche die Abklärung vor Ort durch den Schadeninspektor der Beschwerdegegnerin vom 28. September 2011, in Anwesenheit des Montageleiters der Arbeitgeberin, einschliesslich fotografischer Dokumentation (act. G 7.1/Z14), ergeben hatten. Die Beschwerdeführerin müsse den ganzen Tag Zubehör für Eisenbahnwagen zusammenbauen. In den letzten Monaten insbesondere Gepäckablagen und Halbrundtische. Sämtliche Einzelteile müssten von Hand oder mit einem Akkuschauber zusammengeschaubt werden. Die Querträger bei den Gepäckablagen müssten gesteckt und zum Schluss mit dem Kunststoffhammer festgeklopft werden. Die restlichen Teile müssten dann wiederum verschraubt werden. Die Beschwerdeführerin mache den ganzen Tag immer die gleiche Arbeit und die gleichen Schraub- oder Schlagbewegungen. Insbesondere beim Akkuschauber gebe es einen relativ gut spürbaren Rückschlag, sobald die Schraube ganz eingedreht sei. Diesen Rückschlag spüre die Beschwerdeführerin dann jedes Mal deutlich im Handgelenk. Insgesamt betrage die Zeit, in welcher von Hand die Ersatzteile zusammengesetzt werden müssten, ca. 80 bis 90% der gesamten Arbeitszeit. Während dieser Zeit werde nur geschraubt oder gehämmert. Den Mitarbeitern sei es freigestellt, ob sie mit dem Akkuschauber oder von Hand schrauben würden. Gewisse Schrauben gingen allerdings nur von Hand, da gewisse enge Stellen mit dem Akkuschauber nicht zugänglich seien. Dr. F.____ anerkennt, dass sich betreffend den Einfluss der beruflichen Tätigkeit zeige, dass die Beschwerden vor allem mit dem Gebrauch des Akkubohrers bzw. mit dem Schrauben von Hand sowie dem Benutzen des Hammers assoziiert seien, wobei er lediglich von einer Auslösung - und nicht von einer Verursachung - der Beschwerden durch die geschilderte Tätigkeit spricht. Dass die Tätigkeit der Beschwerdeführerin eine Belastung für die Handgelenke - insbesondere das rechte Handgelenk - bedeutet, ist sowohl hinsichtlich der ausgeübten Arbeitsvorgänge an sich als auch, was die Expositionsdauer der Handgelenke im Vergleich zum gesamten Tätigkeitsspektrum betrifft, offensichtlich und wird auch von Dr. F.____ nicht eigentlich in Frage gestellt.

E. 4.3.2

Eine Verursachung der Beschwerden durch die berufliche Tätigkeit stellt er jedoch mit der Begründung in Abrede, dass sich das Beschwerdebild gut mit einer konstitutionell

bedingten Bandlaxität vereinbaren lasse, wie sie bei jüngeren Frauen mit zierlichem Körperbau häufig vorkomme. Vor allem würde der als schmerzhaft empfundene Rückschlag des Akkubohrers gut dazu passen, ebenso die Schmerzauslösung bei Supination des Handgelenks. Eine Bandlaxität müsste als prädisponierender Faktor betrachtet werden. Die Annahme von Dr. F.____ beruht jedoch letztlich auf einer reinen Vermutung im Rahmen einer Aktenbeurteilung. Eine klinische Testung der Gelenkstabilität wurde von seiner Seite nicht durchgeführt. Die Verneinung einer vorwiegenden Verursachung der Tendovaginitis durch die Arbeit bei der SSC bzw. deren übergeordnete Bedeutung von mehr als 50% im Rahmen eines multifaktoriellen Ursachenspektrums ist damit nicht fundiert bzw. mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan. Der allgemeine Hinweis, dass die fragliche Gesundheitsstörung bei jüngeren Frauen mit zierlichem Körperbau häufig vorkomme, ist weder untermauert noch muss er im konkreten Fall zutreffen, und kann damit nicht als überzeugendes Argument betrachtet werden. Ohne die Feststellung von F.____ in Abrede zu stellen, dass eine Bandlaxität vor allem gut zum schmerzhaft empfundenen Rückschlag des Akkubohrers und zur Schmerzauslösung bei Supination des Handgelenks passen würde, ist im Übrigen zu wiederholen, dass die Diagnose von Dr. C.____ ausdrücklich auf eine Tendovaginitis der Flexoren lautete. Festzustellen ist allerdings, dass auch Dr. C.____ im ärztlichen Zwischenbericht vom 2. November 2011 immerhin von "etwas" laxen Handgelenken sprach und im Bericht vom 15. Mai 2012 (act. G 7.2/ZM10) den Begriff "ausgelöst" verwendete; auch wenn sich aus diesen Formulierungen nicht ohne weiteres eine übergeordnete Bedeutung einer allfälligen Bandlaxität von mehr als 50% bzw. die Verneinung einer arbeitsbedingten Verursachung ableiten lässt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Vorliegen einer Bandlaxität - als durchaus in die Beurteilung einer beruflichen Verursachung miteinzubeziehender Umstand - im konkreten Fall nicht hinreichend überprüft worden ist. Die Beweislage erweist sich damit nicht als überzeugend und schlüssig, womit diesbezüglich von der Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen vorzunehmen sind. Ein prädisponierender Faktor ist sodann auch nicht unbeschrieben in der Beidseitigkeit der Tendovaginitis zu sehen. Zwar gibt es wohl keine Tätigkeit, bei der beide Hände genau gleich beansprucht werden, womit die Beidseitigkeit eines Gesundheitsschadens gegen eine arbeitsbedingte Verursachung spricht. Im konkreten Fall erhob Dr. C.____ eine beidseitige Tendovaginitis, jedoch rechtsbetont (act. G 7.2/ZM3; vgl. auch act. G 7.1/Z15, S. 2 Ziff. 6). Die konkreten Arbeitsabläufe der fraglichen Montagetätigkeit lassen erkennen, dass die rechte Gebrauchshand eindeutig mehr belastet ist. Die linke Hand wird aber durchaus auch beansprucht.

E. 4.3.3

Die Feststellung von Dr. F.____ hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs vermag ebenfalls nicht überzeugend gegen eine berufliche Verursachung zu sprechen. Zwar erscheint seine Aussage, dass eine klassische Peritendinitis crepitans in der Regel nach mehreren Wochen folgenlos abklinge, ohne weiteres nachvollziehbar. Doch dürfte besagter Heilungsverlauf nicht bei einer fortdauernden Belastungssituation, sondern bei einer zweckmässigen und wirksamen Therapie, d.h. bei Ruhigstellung und antiphlogistischer Behandlung, eintreten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 751; Psyhyrembel, a.a.O., S. 2065). Insofern erscheint es - wie von Dr. F.____ festgehalten - nur folgerichtig, dass Dr. C.____ im ärztlichen Zwischenbericht vom 2. November 2011 über die Arbeitsaufnahme vom 12. September 2011 hinaus von wieder rasch aufgetretenen Beschwerden unter Belastung, insbesondere bei repetitiven Handbewegungen, sowie dem Abbruch einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit

über 50% wegen Exazerbation der Beschwerden spricht (act. G 7.2/ZM10). Dass die Tendovaginitis klinisch weitgehend abgeklungen war, dürfte auf die schliesslich reduzierte Arbeitsfähigkeit (50% bzw. Pensum von 40%) zurückzuführen sein (act. G 7.2/ZM7). Im Falle einer berufsbedingten Krankheit ist eine fortdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nachvollziehbar. Nach der Kündigung bildeten sich die Sehnenprobleme laut Dr. C.____ vollständig zurück (act. G 3.1/7). Für eine berufliche Verursachung spricht sodann, dass der Heilungsverlauf laut ärztlichem Zwischenbericht von Dr. C.____ vom 2. November 2011 während der 100%-igen Arbeitsunfähigkeit vom 11. Juli bis 11. September 2011 (act. G 7.2/ZM6) bzw. unter der Therapie in Ruhe weitgehend gut war, jedoch bei repetitiven Handbewegungen rasch wieder Beschwerden auftraten. Der Beschwerdeverlauf stimmt folglich mit der beruflichen Belastung überein, womit aus dessen konkreter Länge keine Schlüsse gegen das Vorliegen einer arbeitsbedingten Tendovaginitis gezogen werden können.

E. 4.3.4

Eine unzureichende Beweislage hinsichtlich vorwiegender beruflicher Verursachung der Tendovaginitis ist schliesslich aber vor allem darin zu sehen, dass weder von der Beschwerdegegnerin noch von Dr. F.____ die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin erforscht und deren beruflicher Lebenslauf mit einbezogen bzw. allfälligen Wechselwirkungen nachgegangen worden ist. So wäre zu prüfen gewesen, ob die Beschwerdeführerin allenfalls bereits vor der Erstbehandlung bei Dr. C.____ am 11. Juli 2011 wegen Handgelenksbeschwerden oder einer Tendovaginitis in ärztlicher Behandlung bzw. arbeitsunfähig war oder Handgelenksbeschwerden allenfalls im Rahmen einer früheren, die Handgelenke nicht besonders belastenden beruflichen Tätigkeit aufgetreten sind. Dies, obwohl es sich dabei um Umstände handeln würde, die als massgebende vorbestehende Faktoren gegenüber einer beruflichen Verursachung zu berücksichtigen wären. Immerhin hat die Beschwerdeführerin in der Anmeldung bei der IV-Stelle zum Bezug von IV-Leistungen vom 6. Januar 2012 nicht angegeben, seit wann die gesundheitliche Beeinträchtigung besteht (vgl. IV-act. 1). Hinsichtlich beruflichem Lebenslauf geht sodann aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 1995 bis 2011 - man darf sagen - zahlreiche Stellen inne hatte und die jeweiligen Arbeitsverhältnisse meist von kurzer Dauer waren. Die Zuordnung einer gesundheitlichen Störung zu einer bestimmten beruflichen Tätigkeit wird damit zumindest erschwert. Das Arbeitsverhältnis mit der B.____ hatte im Zeitpunkt der Erstbehandlung bei Dr. C.____ am 11. Juli 2011 erst rund 13 ½ Monate andauert (vgl. dazu IV-act. 9, act. G 7.1/Z1). Die Dauer der berufsbedingten Exposition gilt im Regelfall als massgebendes Kriterium bei der Beurteilung einer beruflichen Verursachung. Zu beantworten ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, innerhalb welchem zeitlichen Rahmen sich berufsbedingte Veränderungen bei einer bestimmten Gesundheitsstörung im Regelfall manifestieren. Die Akten enthalten hierzu keine ärztliche Beurteilung.

E. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der vorliegenden Aktenlage, insbesondere der Argumentation von Dr. F.____, nicht hinreichend Klarheit darüber besteht, ob die Tendovaginitis der Beschwerdeführerin vorwiegend, also im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50%, auf ihre berufliche Tätigkeit bei der B.____ zurückzuführen ist. Eine abschliessende Aussage ist umso weniger möglich, als es sich bei der Tendovaginitis immerhin um einen Gesundheitsschaden handelt, der in Ziff. 2 des Anhangs 1 zur UVV

hinsichtlich alle Arbeiten als arbeitsbedingte Krankheit aufgeführt ist. Ein Sachverhalt, von dem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen wäre, er treffe zu, kann demzufolge vorliegend nicht als ausgewiesen gelten. Zur Beurteilung der vorwiegenden beruflichen Verursachung bedarf es weiterer Abklärungen; insbesondere hinsichtlich der Bandlaxität. Die Streitsache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine umfassende Beurteilung im Sinne der vorangehenden Erwägungen durchführt.

E. 5

Auf den Antrag der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, eine Nichteignungsverfügung zu erlassen, kann im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht eingetreten werden. Die Beschwerdegegnerin hält in der Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2013 (act. G 7) zutreffenderweise fest, dass die Kompetenz zum Erlass einer solchen ausschliesslich der Suva zusteht (vgl. Art. 78 der Verordnung über die Unfallverhütung [VUV; SR 832.30]). Die Frage des Erlasses einer Nichteignungsverfügung bildete ohnehin nicht Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheids, womit sie auch nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden kann. Die Meldepflicht bei individueller Anwendbarkeit der Vorschriften über den Ausschluss von einer gefährdenden Arbeit an die Suva gemäss Art. 79 VUV stand angesichts der Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin - Verneinung des Vorliegens einer Berufskrankheit gemäss Art. 9 UVG - bis anhin nicht zur Diskussion, weshalb diesbezüglich im vorliegenden Beschwerdeverfahren ebenfalls nichts zu sagen ist.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 29. Januar 2013 dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen hinsichtlich beruflicher Verursachung und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Auf den Antrag auf Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zum Erlass einer Nichteignungsverfügung wird nicht eingetreten. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Die obsiegende Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung. Mit Schreiben vom 2. Oktober 2013 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Honorarnote im Gesamtbetrag von Fr. 4'946.85 ein (act. G 17). In der Verwaltungsrechtspflege wird jedoch das Honorar vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses sowie in Berücksichtigung von Art und Umfang der Bemühungen und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Beteiligten pauschal festgesetzt, wobei der Rahmen vor Versicherungsgericht in der Regel Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.-- beträgt (Art. 61 lit. g ATSG; Art. 19 und Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75). Vorliegend ist kein Grund zu erkennen, weshalb von der Pauschalentschädigung abgewichen werden sollte. Das Versicherungsgericht hat für die vor ihm geführten Verfahren aufgrund von Erfahrungswerten Entschädigungspauschalen festgelegt, die in "Normalfällen" zugesprochen werden und in denen 4 Prozent Barauslagen sowie die Mehrwertsteuer von 8 Prozent enthalten sind. Für UVG-Prozesse mit üblicherweise doppeltem Schriftenwechsel beträgt diese Entschädigung Fr. 3'500.-- bis Fr. 4'500.--, mit einer mittleren Entschädigung von Fr. 4'000.--. Im vorliegenden Fall erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist,

dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 29. Januar 2013 aufgehoben und die Streitsache zur Durchführung ergänzender Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.

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