

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/88 vom 13. Oktober 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_88

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/88 du 13 octobre 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/88 del 13 ottobre 2014

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung eines überwiegend wahrscheinlich natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall mit Schnittverletzung im Unterarmbereich und Unterarmbeschwerden, für die als Ursache grundsätzlich eine traumatische Schädigung des peripheren Nervensystems in Frage kommt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Oktober 2014, UV 2013/88).

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtliche Voraussetzung des für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigungen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) sowie die entsprechenden Beweisanforderungen zutreffend dar (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.). Gleiches gilt hinsichtlich des Wegfalls des ursächlichen Zusammenhangs (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b). 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; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat allerdings die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 138 V 250 f. E. 4 mit Hinweisen, BGE 118 V 291 f. E. 3a). Zu verweisen ist schliesslich auf die von der Beschwerdegegnerin angeführten, für den Beweiswert ärztlicher - auch versicherungsinterner - Berichte und Gutachten geltenden Regeln (BGE 125 V 352 E. 3a, 125 V 353 f. E. 3b/ee, 122 V 160 E. 1c). Zu ergänzen ist, dass auch eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend am 24. Juli 2013 durch den Suva-Kreisarzt Dr. G.____ (act. G 4.7) erstellt wurde, nicht an sich unzuverlässig ist. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

1.2 Im Sozialversicherungsprozess herrscht der Grundsatz der Untersuchungspflicht. Laut Art. 43 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Unfallversicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 360 E. 5b) entscheiden kann. Der Untersuchungsgrundsatz wird ergänzt durch die Mitwirkungspflicht

der versicherten Person (vgl. BGE 125 V 195 E. 2). Danach hat sich diese den ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, wenn sie zumutbar sind (Art. 43 Abs. 2 ATSG; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 43 zu Art. 43). 1.3 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 Vorliegens eines leistungs begründenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen einem Beschwerdebild und dem Unfall handelt es sich um eine anspruchsbegründende Tatsache. Die diesbezüglichen Konsequenzen bei Beweislosigkeit trägt damit die versicherte Person. Bei der anspruchsaufhebenden Tatfrage des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens liegt die Beweislast hingegen beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 4, 54, 79).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 2. Juni 2013, wobei die Beschwerdeführerin laut Bericht von Dr. D.____ vom 5. Juli 2013 eine Schnittverletzung am linken Vorderarm proximal und ulnar erlitten hatte (act. G 4.9), und erbrachte die entsprechenden Leistungen. Die Schnittverletzung wurde im Spital C.____ operativ mit Wundnaht versorgt (vgl. act. G 4.8, S. 4) und es hat als unbestritten zu gelten, dass die reine Schnittverletzung bzw. Wundnaht folgenlos verheilt ist (vgl. act. G 4.9). Nach dem Unfall litt die Beschwerdeführerin jedoch unter Hyperästhesien und Parästhesien im Bereich des 4. und 5. Fingers links, bis zur Narbe ausstrahlend; also unter Beschwerden, für die eine traumatische Schädigung oder Erkrankung des peripheren Nervensystems als Ursache in Frage kommt. Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge spezifisch dahingehend untersucht. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 18. Oktober 2013 (act. G 4.2). Diesem liegt die Verfügung vom 29. August 2013 zu Grunde (act. G 4.5). Sowohl der Einspracheentscheid als auch die Verfügung befassen sich explizit mit der Frage, ob die Beschwerdeführerin am 2. Juni 2013 eine traumatische Nervenverletzung erlitten hat.

E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob zwischen den von der Beschwerdeführerin geklagten Hypästhesien und Parästhesien im Bereich des 4. und 5. Fingers links, bis zur Narbe ausstrahlend, und der am 2. Juni 2013 erlittenen Schnittverletzung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Diese Frage wird von der Beschwerdegegnerin hauptsächlich gestützt auf die Beurteilung von Dr. G.____ vom 24. Juli 2013 verneint (act. G 4.7). 3.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden bildgebenden (radiologischen) oder – zur Diagnostik von Störungen des Nervensystems – elektrophysiologischen Untersuchungsbefund zur Darstellung gebracht bzw. bestätigt wird. In seinem Sprechstundenbericht vom 5. Juli 2013 hält Dr. D.____ fest, dass die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin keine echtzeitlichen Hinweise auf eine Nervenverletzung enthalte. Anlässlich seiner klinischen Untersuchung vom 3. Juli 2013 testete er jedoch ein positives

Tinel-Zeichen distal der Narbe (act. G 4.9). Auch Dr. E. ___ erhob anlässlich ihrer klinischen Untersuchung vom 12. Juli 2013 bei Berührung der Narbenregion am volaren ulnaren Vorderarm links sowie über ca. 1cm, distal, ein Tinel-Zeichen. Über dem Sulcus ulnaris bzw. Carpaltunnel war beidseits (nachfolgend: bds.) kein Tinel-Phänomen auslösbar. Der Phalen-Test und der modifizierte umgekehrte Phalen-Test waren bds. positiv mit Angabe von linksbetont einstrahlenden Kribbelparästhesien in Dig 2-4 bds. Die elektrophysiologische Untersuchung durch Dr. E. ___ bzw. die motorischen wie sensorischen Neurographien des Nervus medianus bds. sowie des Nervus ulnaris bds. verwiesen sodann auf folgende Befundkonstellation: Elektrophysiologisch ergab sich kein Hinweis auf eine traumatische Affektion des Nervus ulnaris links im Unterarm (= ehemaliges Verletzungsareal/Narbengebiet) sowie des Ramus dorsalis Nervus ulnaris, insbesondere keine Hinweis auf einen Kontinuitätsunterbruch der Nerven. Dies schliesse jedoch eine klinische Reizsymptomatik nicht aus. Im Carpaltunnel links liess sich ein sensibel demyelinisierender Faserschaden des Nervus medianus mit einer entsprechenden klinischen Manifestation feststellen. Ein leichtgradig ausgeprägtes Reizsyndrom zeigte sich auch rechts. Dr. E. ___ führte zu dieser Befundkonstellation aus, dass sich bezüglich der motorischen wie auch sensiblen am Unterarm abzweigenden Anteile des Nervus ulnaris links keinerlei Hinweise auf eine direkte traumatische oder indirekte (v.a. axonale) Schädigung ergeben hätten, weder auf Höhe der Verletzung, des Narbengebiets noch weiter proximal oder distal im Unterarm-/Handbereich. Gegebenenfalls bestehe eine postoperative Reizsymptomatik des Nervs nach Wundnaht durch eine umschriebene Weichteilschwellung; auch sollte an die Ausbildung eines Neurinoms im Narbenbereich gedacht werden, bei der beklagten starken Berührungsempfindlichkeit mit Angabe von einstrahlend elektrisierenden Schmerzphänomenen ins distale Nervus ulnaris-Innervationsgebiet. Gemäss elektrophysiologischer Befunde sei die Indikation für eine dekomprimierende Operation des Nervus medianus im Handgelenksbereich links durch Spaltung des Retinaculum flexorum gegeben (act. G 4.8). Am 4. September 2013 führte Dr. E. ___ eine fokussierte/elektrophysiologische Verlaufskontrolle durch. Im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom 12. Juli 2013 verwiesen die motorischen wie sensorischen Neurographien des Nervus medianus bds. sowie des Nervus ulnaris bds. auf folgende Befundkonstellation: Elektrophysiologisch zeigte sich nach wie vor kein Hinweis auf eine manifeste traumatische Affektion des Nervus ulnaris links im Unterarmbereich (ehemaliges Verletzungsareal respektive Narbengebiet). Insbesondere ergab sich kein Hinweis auf eine Axonotmesis bei gut erhaltenen motorischen wie sensiblen Nervenaktionspotentialen (Amplituden). Es könne allenfalls von einer reinen traumatisch bedingten partiellen Neurapraxie ausgegangen werden, die unterhalb der Nachweisschwelle liege mit sehr guter Prognose hinsichtlich einer vollständigen Wiederherstellung, v.a. auch der Sensibilitätsstörungen. Diese umfasse die umschriebene anhaltende Hypästhesie im Sinne einer Reizsymptomatik. Bestätigen liess sich der sensibel demyelinisierende Faserschaden des Nervus medianus im Carpaltunnel links bei elektrophysiologisch stationärem Befund. Dr. E. ___ führte zu den obigen Untersuchungsergebnissen aus, dass sich aktuell wie auch in den Voruntersuchungen bezüglich der motorischen wie auch sensiblen Nervus ulnaris-Neurographien keinerlei Hinweise auf eine direkte traumatische oder indirekte, hier vor allem axonale, Schädigung auf Höhe des ehemaligen Verletzungsgebiets am Unterarm links gefunden hätten. Eine leichtgradige Neurapraxie sei dabei aber letztendlich nicht auszuschliessen. Da jedoch kein Kontinuitätsunterbruch des Nervs habe festgestellt werden können, bestehe grundsätzlich für motorische wie auch

sensible Defizite eine gute Prognose bezüglich einer (nahezu) vollständigen Restitutio über einen längerfristigen Zeitabschnitt (6 Monate und mehr). Zum aktuellen Zeitpunkt sei nicht mehr davon auszugehen, dass sich ein Neurinom im Narbenbereich gebildet habe, da sämtliche sogenannten Plussymptome (neuropathische Schmerzen wie Kribbelparästhesien, elektrisierende Phänomene) inzwischen nicht mehr vorhanden seien, hingegen eine Hypästhesie angegeben werde. In Bezug auf den Nervus medianus bds. zeige sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 12. Juli 2013 ein unveränderter Befund. Unter konsequentem Tragen von volaren Handgelenksschienen bds habe sich zwar insbesondere die Reizsymptomatik betreffend diesen Nerv signifikant gebessert, elektrophysiologisch sei jedoch aktuell weder eine Dynamik/Progression, noch eine Erholung bezüglich der leichtgradigen sensiblen Nervenfaserschädigung zu erfassen (act. G 4.4). 3.3 In Anbetracht dieser neurologischen Untersuchungsergebnisse betrachtet Dr. G.____ eine Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 2. Juni 2013 und den neurologischen Beschwerden lediglich als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich und führt dazu die schlüssige Begründung an, dass unfallbedingte strukturelle Nervenläsionen am linken Arm elektrophysiologisch hätten ausgeschlossen werden können. Dr. E.____ spricht ausdrücklich von einem fehlenden elektrophysiologischen Hinweis auf eine manifeste direkte traumatische oder indirekte Schädigung des Nervus ulnaris links im Unterarmbereich (ehemaliges Verletzungsareal respektive Narbengebiet), insbesondere einem fehlenden Hinweis auf eine Axonotmesis. Einzig hinsichtlich der Reizsymptomatik des Nervus medianus bds. liess sich eine organisch begründbare Ursache, nämlich ein Carpaltunnelsyndrom, objektivieren. Das Carpaltunnelsyndrom wird zwar in der medizinischen Literatur auch als indirekter unfallbedingter Gesundheitsschaden bzw. sekundärer Folgeschaden einer primären Verletzung (Knochenbruch, Luxation, Radiusfraktur) beschrieben, stellt jedoch in der Regel ein Krankheitsgeschehen im Sinne einer chronischen Kompression des Nervus medianus – u.a. anatomisch bedingt, durch Überlastungen, rheumatische Erkrankungen oder durch knöcherner Veränderungen (Arthrose) verursacht – dar (vgl. dazu Alfred M. DeH.____, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 752; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 978; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, S. 1056). Im konkreten Fall liegen keinerlei Anhaltspunkte für ein auf einer unfallkausalen Körperverletzung gründendes, und damit seinerseits unfallkausales Carpaltunnelsyndrom, d.h. für eine akute Form eines Carpaltunnelsyndroms vor. Entsprechend wurde das Carpaltunnelsyndrom in den Untersuchungsberichten von Dr. E.____ in keiner Weise als Unfallfolge diskutiert und hielt auch Dr. H.____ in seinem Zeugnis vom 16. September 2013 fest, dass es sich dabei um einen Zufallsbefund ohne Krankheitswert handle (act. G 4.4). Dessen beidseitige Beschreibung spricht denn ebenfalls gegen eine linksseitige Unfallproblematik. Eine unfallkausale (postoperative) Reizsymptomatik des Nervus ulnaris kann auch nicht im Sinne einer - wie von Dr. E.____ erwähnt - rein traumatisch bedingten, partiellen Neurapraxie oder durch eine Weichteilschwellung nach einer Wundnaht als belegt gelten. Die von der Neurologin im Zusammenhang mit den fraglichen Gesundheitsschäden verwendeten Formulierungen "allenfalls, gegebenenfalls" vermögen lediglich einen möglichen, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalt (vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451) zu belegen. 3.4 Aufgrund des Gesagten ist mithin festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Unterarmbeschwerden links nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht auf eine anlässlich des Unfallereignisses vom 2. Juni 2013

erlittene Nervenverletzung zurückzuführen sind. Die alleinige Aussage von Dr. H. ___ im Zeugnis vom 16. September 2013 "Die Beschwerden der Patientin sind unfallbedingt: Hypalgesie, Dysästhesie: Ulnariskompression." vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Der Aussage mangelt es an jeglicher Begründung. Angeführt sind lediglich die Symptome sowie ein Gesundheitsschaden (Carpaltunnelsyndrom), der bezüglich des Nervus ulnaris in keiner Weise objektiviert werden konnte und allgemein sowohl krankheitsbedingt als auch traumatischer Ursache sein kann. Dr. H. ___ nimmt sodann im Zeugnis in keiner Weise auf die Untersuchungsergebnisse von Dr. E. ___ Bezug. Zu beachten ist schliesslich, dass der Regel "post hoc ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, keine beweisrechtliche Bedeutung zukommt (vgl. Kieser, a.a.O., N 43 f. zu Art. 4; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb am Ende; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52, E. 7.2.4).

E. 4

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.