

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/52 vom 24. Juli 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-07-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_52

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/52 du 24 juillet 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/52 del 24 luglio 2018

Regeste

Art. 9 UVG. Art. 19 UVG. Das Carpaltunnelsyndrom sowie der Tremor des Beschwerdeführers gelten nicht als Berufskrankheiten. Die Adäquanz der geltend gemachten psychischen Beschwerden ist zu verneinen. Unter Berücksichtigung der bereits von der Beschwerdegegnerin anerkannten Berufskrankheiten sind die Höhe und der Beginn der zugesprochenen Invalidenrente sowie der Integritätsentschädigung nicht zu beanstanden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juli 2018, UV 2016/52). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2018.

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend stehen Beeinträchtigungen zur Debatte, die bereits 2008/2009 erstmals aufgetreten sind, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung finden.

E. 2

Streitig ist vorliegend, ob das nach Lage der Akten bestehende CTS, der Tremor und die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers eine Berufskrankheit darstellen bzw. in adäquatem Kausalzusammenhang mit einer solchen stehen und somit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auslösen. Unbestritten leistungspflichtig ist die

Beschwerdegegnerin für die anerkannten Berufskrankheiten Epicondylitis radialis humeri rechts und die Ellbogengelenksarthrose. 2.1 Nach Art. 9 Abs. 1 UVG gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, als Berufskrankheiten.

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). Ausschliessliche Verursachung hingegen meint praktisch 100% des ursächlichen Anteils der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit (BGE 119 V 200 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 UVV 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. Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG). Dies ist praxismässig der Fall, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde (BGE 119 V 201 E. 2b). Bei unklarem Beschwerdebild lässt sich die Frage des Nachweises einer stark überwiegend berufsbedingten Verursachung in aller Regel nicht positiv beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2002, U 2/00, E. 2b/bb).

2.2 Die Rechtsprechung zur Adäquanz von psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen ist bei psychischen Störungen, welche im Zusammenhang mit Berufskrankheiten auftreten, nicht analog anwendbar. Die Adäquanz ist in solchen Fällen vielmehr danach zu beurteilen, ob die Berufskrankheit oder Geschehnisse in deren Zusammenhang nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet waren, psychische Störungen der aufgetretenen Art zu verursachen (RKUV 2000 U 367 S. 94, ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 98).

2.3 Der 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, BGE 121 V 210 E. 6c). 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 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). Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Versicherungsträger haben dabei alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Anspruchs gestatten. Dass allenfalls bestimmte Beweismittel nicht (mehr) erhoben werden können, ändert an der Massgeblichkeit des Regelbeweisgrads nichts (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Bern/St.Gallen/Zürich 2015, Art. 43 Rz 46 ff.).

E. 3

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung gilt ein CTS als Drucklähmung der Nerven im Sinne des Anhangs 1 zur UVV (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. Mai 2001, U 60/00, E. 1.b mit weiteren Hinweisen). Fraglich ist damit, ob es sich beim

vorliegenden CTS um eine Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 1 UVG handelt. 3.1 Dass der Beschwerdeführer über viele Jahre einer Tätigkeit mit stereotyp-repetitiver ergonomisch ungünstiger Belastung der Vorderarme und Vibrationen ausgesetzt war und das Risiko zur Entwicklung eines CTS dadurch erhöht wurde, ist unbestritten (vgl. Suva-act. II/79-31, act. G1). Dies belegt auch der vom Beschwerdeführer erwähnte Bericht des ärztlichen Sachverständigenbeirats "Berufskrankheiten" beim deutschen Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wissenschaftliche Begründung für die Berufskrankheit, "Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen" (vgl. act. G1, Bericht abrufbar unter <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/Merkblaetter.html>, zuletzt eingesehen am 16. Juli 2018). 3.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Verneinung des CTS als Berufskrankheit primär auf das MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2015 (Suva-act. II/79 ff.) und die Stellungnahme des Gutachters Dr. Q. ___ vom 24. März 2015 (Suva-act. II/89). Die Gutachter verwiesen auf eine Studie, welche von der beruflichen Tätigkeit unabhängige, signifikante, mit einem CTS assoziierte Faktoren ermittelt habe. Dazu gehörten unter anderem ein höheres Lebensalter und Diabetes mellitus, letzterer sei dabei der gewichtigste Risikofaktor. Sie schlossen, der Beschwerdeführer habe als Diabetiker ein im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko, ein CTS zu entwickeln. Ebenso sei eine gewisse altersbedingte Komponente - der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der Begutachtung rund 62 Jahre alt - anzunehmen (Suva-act. II/79-29 f., vgl. auch neurologisches Teilgutachten; Suva-act. II/83-9 f.). Der Beschwerdeführer gab gegenüber den MEDAS-Gutachtern an, der Diabetes sei bei seiner ersten Ellbogenoperation 2009 auf-gefallen (Suva-act. II/79-16; Operation vom 19. März 2009, Suva-act. I/6). Auch den weiteren Akten ist mehrfach eine Erstdiagnose im März 2009 zu entnehmen (vgl. Suva-act. II/25-97 ff., II/52, II/86-3 ff., act. G10.1), wohingegen der Beschwerdeführer in der Replik vom 27. Oktober 2016 eine Erstdiagnose im Juli 2009 geltend macht (act. G10). Selbst wenn man auf seine Darstellung abstellen wollte, bedeutet dies jedoch nicht, dass der Diabetes nicht schon zuvor - unerkannt - bestanden und die Entwicklung des ebenfalls 2009 erstmals diagnostizierten CTS (anamnestisch seit Juni 2008 bestehend) begünstigt hat. Die behandelnden Ärzte des KSSG erachteten den Diabetes in ihrem Bericht vom 3. Oktober 2016 "angesichts der stets gut eingestellten diabetischen Stoffwechsellage" sowie der fehlenden Hinweise auf periphere Polyneuropathie nicht als Ursache des CTS (act. G10.1). Im selben Bericht wird jedoch erwähnt, dass die diabetische Stoffwechsellage initial, also bei Behandlungsbeginn im Juli 2009 entgleist gewesen sei (act. G10.1). Somit ist ihre Einschätzung, der Diabetes werde nicht als Ursache des CTS erachtet, nicht plausibel begründet. Es ist durchaus denkbar, dass der (noch unerkannte) Diabetes die Entstehung des CTS begünstigte. Wie der Beschwerdeführer richtigerweise vorbringt (act. G1), ist die Prävalenz eines CTS bei Frauen höher als bei Männern (vgl. Bericht des ärztlichen Sachverständigenbeirats, a.a.O., S. 5; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 919). Dies ändert jedoch nichts an den überzeugenden Ausführungen der MEDAS-Gutachter, wonach Personen in fortgeschrittenem Alter, welche zudem an Diabetes erkrankt sind, ein höheres Risiko für die Entwicklung eines CTS haben als die Durchschnittsbevölkerung. 3.3 Gegen eine berufliche Genese spricht beim Beschwerdeführer auch, dass er bereits seit 1980 (vgl. Suva-act. II/25-18 ff., II/25-24) bei der gleichen Arbeitgeberin beschäftigt war und gemäss den Angaben in der Beschwerde

sich seine Tätigkeit seither nicht gross geändert hat (vgl. act. G1, S. 12; in den Akten ist lediglich ein Wechsel des Arbeitsgeräts erwähnt; vgl. Suva-act. II/83-6, I/43-5), das CTS aber aktenkundig erst 2009 diagnostiziert wurde. Gemäss dem Bericht des ärztlichen Sachverständigenbeirats (a.a.O., S. 7) liegen zum zeitlichen Verlauf bis zum Auftreten eines CTS in der Literatur unterschiedliche Angaben vor, ganz überwiegend reichen aber zum Teil kurze Expositionszeiten aus. Ein Kausalzusammenhang ist dann plausibel, wenn der Erkrankungsbeginn in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Exposition steht. Wie die neurologische MEDAS-Teilgutachterin Dr. med. S.____ ausserdem überzeugend ausführt, sprechen die weiteren klinischen Befunde, welche auf eine Polyneuropathie hinweisen, gegen ein berufsbedingtes CTS (Suva-act. II/83-10). Im Hauptgutachten findet sich ebenfalls der Vermerk, es lägen Hinweise auf eine sensible Polyneuropathie vor, welche auch einen Teil der geklagten Armschmerzen erklären könnte (Suva-act. II/79-28). Bei einer berufsbedingten Genese erschiene es nicht plausibel, dass die mit dem CTS assoziierten Beschwerden trotz seit November 2011 durchgehender Arbeitsunfähigkeit, also fehlender beruflicher Belastung, persistierten, sich die Beschwerden links verstärkten und eine Operation notwendig wurde bzw. es zu einem Rezidiv des CTS rechts kam (vgl. act. G17.4 ff.). 3.4 Vor diesem Hintergrund ist die Einschätzung der MEDAS-Gutachter, wonach "mehr Gründe" für eine mehrheitlich nicht berufsbedingte Genese des CTS sprechen (Suva-act. II/79-31, II/89), überzeugend. Dass die Gutachter bei ihrer Einschätzung ursprünglich fälschlicherweise von einem Grenzwert von 75% (Art. 9 Abs. 2 UVG) statt 50% (Art. 9 Abs. 1 UVG) ausgingen, ist dabei unerheblich, zumal "mehr Gründe" für die Verneinung einer Wahrscheinlichkeit von über 50% ausreichen. Das CTS beidseits kann damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ausschliesslich oder vorwiegend durch die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers verursacht betrachtet werden. Eine Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG ist damit zu verneinen.

E. 4

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, der Tremor der rechten oberen Extremität sei als Berufskrankheit anzuerkennen (act. G1). 4.1 Der Tremor des Beschwerdeführers lässt sich nicht unter die Erkrankungen durch Vibrationen gemäss Anhang 1 UVV subsumieren, zumal davon nur radiologisch nachweisbare Einwirkungen auf Knochen und Gelenke oder Einwirkungen auf den peripheren Kreislauf erfasst sind, welche beim Beschwerdeführer nicht vorliegen. Es sind damit die Voraussetzungen von Art. 9 Abs. 2 UVG zu prüfen, mithin zu beurteilen, ob der Tremor ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden ist. 4.2 Die MEDAS-Gutachter beurteilten, es liege ein inkonstanter, vermutlich nicht organisch bedingter, am ehesten funktioneller Tremor vor (Suva-act. II/79-28). Weder der orthopädische Teilgutachter noch die neurologische Teilgutachterin Dr. S.____ hielten den Tremor aus Sicht ihres Fachgebietes für erklärbar (Suva-act. II/81-5, II/83-10). Dr. S.____ hatte einen Verdacht auf eine funktionelle Bewegungsstörung im rechten Arm mit Verdacht auf Tremor (im rechten Arm, mit Ausbreitungstendenz) gestellt (Suva-act. II/83-6). Sie befand weiter, der Tremor könne momentan keinem bestimmten Tremorsyndrom zugeordnet werden; insbesondere seien kein extrapyramidales Syndrom, kein cerebelläres Syndrom und kein essentieller Tremor vorhanden. Differentialdiagnostisch komme ein medikamentös induzierter Tremor in Frage. Auch ein funktioneller Tremor im Sinne einer psychogenen Störung sei in Betracht zu ziehen; dafür hinweisend seien der plötzliche Beginn und das rasche Sistieren der Bewegungsstörung sowie auch die variable Manifestation des Tremors (Suva-act. II/83-8). Der wechselnde Befund bei der Untersuchung weise auf eine nicht-organische Ursache hin.

Ein berufsbedingter Tremor liege nicht vor (Suva-act. II/83-10). Dies stimmt mit den weiteren ärztlichen Beurteilungen, wonach der Tremor nicht organisch bedingt ist, überein. Dr. P.____ und Dr. F.____ hatten am 15. bzw. 16. April 2011 einen unklaren Tremor des rechten Arms mit Verdacht auf chronischen Vibrationsschaden der Handnerven beidseits sowie einen Halte- und Aktionstremor beidseits diagnostiziert. Hinsichtlich des Tremors sei eine dystone Komponente im Sinne einer segmentalen Dystonie denkbar. Prädisponierend hierfür seien periphere Nervenschädigungen, wie sie beim Beschwerdeführer vorlägen. Daneben bestünde auch die Möglichkeit eines aufgabenspezifischen verstärkten Tremors (Suva-act. II/19-2 ff.). Aus dem blossen Verdacht auf einen Vibrationsschaden und der erwähnten Möglichkeit einer aufgabenspezifischen Verstärkung lässt sich jedoch nicht ableiten, der Tremor sei berufsbedingt. Der Verdacht wurde in der Folge nicht bestätigt, sondern blieb weiterhin lediglich als Verdachtsdiagnose bestehen (vgl. Suva-act. II/52, II/86-14 ff., II/86-19 ff., II/86-22 ff.). Dr. P.____ hielt am 18. April 2017 fest, die funktionelle Dystonie sei neurologisch nicht erklärbar (act. G17.4). Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (act. G1) entkräftet die Einschätzung von Dr. P.____ das neurologische Teilgutachten folglich nicht. Dr. S.____ hatte zudem Kenntnis der Vorakten, insbesondere der Berichte von Dr. P.____, und setzte sich mit diesen auseinander (Suva-act. II/83-1 f., 83-6 f.). Auch Dr. N.____ sprach von einem unklaren Tremor, den sie aus neurologischer Sicht nicht sicher einordnen könne. Sie vermute differentialdiagnostisch eher einen nicht neurologisch-organisch bedingten Tremor aufgrund des während der Untersuchung etwas wechselnden Erscheinungsbildes (Suva-act. I/43-8 f.). Dr. L.____ hielt – wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt (act. G10) – zur Beurteilung offenbar ein MRI des Ellbogens und der Schulter rechts für notwendig (Suva-act. II/43, I/51 f.). Unter Berücksichtigung dieser Bildgebung befanden Dr. L.____ und Dr. N.____ sodann, der Tremor sei höchstwahrscheinlich nicht organischer Ursache (Suva-act. I/43-13). Schliesslich erachtete auch med. pract. O.____ den Tremor für höchstwahrscheinlich nicht organisch verursacht und hielt diesen für “unfallfremd“ (Suva-act. II/34, II/42). Dr. K.____ erwähnte einen Tremor unklarer Genese – am ehesten Schädigung der Handnerven beidseits, entstanden durch Vibrationen der Schleifgeräte am Arbeitsplatz (Suva-act. I/34-44). Dabei ist jedoch zu beachten, dass sie als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie nicht in der Lage ist, die Genese des Tremors aus somatischer Sicht zu beurteilen, und sich ihre Einschätzung wohl aus einer Interpretation der vorliegenden Akten und den Angaben des Beschwerdeführers ergab. Eine plausible Begründung für ihre Aussage liefert sie jedenfalls nicht. Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Suva-act. I/80) ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass der Tremor gemäss Dr. S.____ eine Ausbreitungstendenz auf den ganzen Körper hat (Suva-act. II/83-9), was einen Zusammenhang mit der manuellen Arbeit an einer vibrierenden Schleifmaschine zusätzlich in Frage stellt. 4.3 Zusammengefasst ist der Tremor organisch nicht erklärbar, sodass der Beweis, dass es sich dabei um eine organische Berufskrankheit handelt, misslingt. Zudem wäre er selbst bei Vorliegen eines organischen Grundes nicht stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht. Soweit eine psychische Ursache in Frage kommt, wird nachfolgend darauf eingegangen.

E. 5

Weiter zu prüfen ist die Adäquanz der psychischen Beschwerden zur Berufskrankheit. Nach dem Gesagten sind dabei ausschliesslich die Ellbogengelenksarthrose beidseits und die Epicondylitis humeri radialis rechts zu berücksichtigen. Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht geltend macht, ist letztere unterdessen abgeheilt und die Ellbogenarthrose links klinisch asymptomatisch (vgl. act. G3, Suva-act. I/54, II/79-31). Folglich ist

hauptsächlich ein Zusammenhang zur Ellbogengelenksarthrose rechts zu prüfen. 5.1 Der psychiatrische MEDAS-Teilgutachter Dr. med. T.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte keine berufskrankheitsbedingten psychiatrischen Befunde (Suva-act. II/85-9). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine subsyndromale Depression (ICD-10: F34.8), psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10: F54) und einen Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4) (Suva-act. II/85-4). Zu der von Dr. K.____ am 16. Februar 2012 gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression (ICD-10: F43.22) (vgl. Suva-act. I/34-43) führte Dr. T.____ überzeugend aus, eine solche sei definitionsgemäss zeitlich begrenzt und dürfe gemäss ICD-10 höchstens sechs Monate anhalten. Diese Diagnose sei daher inzwischen nicht mehr zulässig (Suva-act. II/85-4 f.). Die von Dr. H.____ am 2. Mai 2012 bei den Diagnosen aufgelistete Depression (vgl. Suva-act. II/25-85 f.) war gemäss Dr. T.____ zum Zeitpunkt seiner Begutachtung subsyndromal (Suva-act. II/85-5). Bezüglich der von Dr. K.____ am 10. Januar 2014 diagnostizierten Insomnie (vgl. Suva-act. II/40-12 f.) bemerkte Dr. T.____ plausibel, die Schlafstörungen seien weitgehend eine Folge der Schmerzen. Sie stünden auch nicht im Vordergrund der Beschwerden, so dass diese Diagnose nicht zulässig sei (Suva-act. II/85-7).

5.2 Dr. K.____ führte am 16. Februar 2012 aus, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen psychiatrischer Beschwerden liege nicht vor. Die Schmerzen bei Ellbogenschädigung und bei Chondropathie des rechten Kniegelenks, welche deutlich das Gehen erschwere, sowie die multiplen somatischen Beschwerden hätten zu einer depressiven Entwicklung geführt. Der Beschwerdeführer beklage Konzentrationsschwierigkeiten, massive Schlafstörungen in Folge der Schmerzsymptomatik, Nervosität, rasche Ermüdbarkeit, Erschöpfung, innere Unruhe, Vergesslichkeit und depressive Stimmung (Suva-act. I/34-43 ff.). Am 10. Januar 2014 diagnostizierte Dr. K.____ wie erwähnt die Insomnie (ICD-10: F51.0) bei Schmerzsyndrom im Rahmen der Arthrose des rechten Ellbogens mit Epicondylitis radialis humeri rechts und Chondropathie des rechten Kniegelenks. Es liege keine psychiatrische, von der somatischen Erkrankung unabhängige Störung vor, welche eine Invalidität begründen könne. Die Kriterien für eine Depression seien nicht erfüllt (Suva-act. II/40-12 f.). Sie ging damit nicht von einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung aus.

5.3 Mit der Beschwerdegegnerin (act. G3) ist davon auszugehen, dass die Ellbogenarthrose rechts nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet ist, die psychischen Störungen des Beschwerdeführers, insbesondere die subsyndromale Depression, zu verursachen. Es ist zwar denkbar, dass im Sinne der Beurteilungen von Dr. K.____ die psychischen Beschwerden durch die zahlreichen somatischen Einschränkungen mitverursacht wurden. Dies lässt jedoch nicht darauf schliessen, dass die einzige sich noch klinisch auswirkende Berufskrankheit der Ellbogenarthrose rechts ausschlaggebend gewesen wäre. Der Beschwerdeführer bringt dagegen lediglich vor, wer aufgrund von Berufskrankheiten andauernd Schmerzen im Ellbogen und in der Hand habe und aufgrund des Zitterns einen vollständigen oder teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit erleide, zeige ein psychiatrisches Krankheitsbild, wie es beim Beschwerdeführer vorliege (act. G1). Dabei ist zu wiederholen, dass von den aufgezählten Beschwerden lediglich die Schmerzen im Ellbogen relevant sind. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den im Sinne der vorangehenden Erwägungen anerkannten Berufskrankheiten und den psychischen Beschwerden ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Ob eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt, kann unter diesen Umständen offen bleiben. Auch

eine Prüfung des psychiatrischen Teilgutachtens im Hinblick auf die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung bezüglich Standardindikatoren (BGE 141 V 281) erübrigt sich.

E. 6

Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2015 (Suva-act. II/79) und die Stellungnahme von Dr. Q.____ vom 24. März 2015 (vgl. Suva-act. II/89) auf umfassender Aktenkenntnis sowie polydisziplinären eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidensbild des Beschwerdeführers berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den vom Beschwerdeführer vorgebrachten medizinischen Einschätzungen der behandelnden Ärzte ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche im MEDAS-Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Schliesslich wurden auch keine zwischen dem MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2015 und dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 21. Juni 2016 (vgl. Suva-act. I/80) eingetretenen massgeblichen Veränderungen geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit.

E. 7

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 28% zu. Das Invalideneinkommen legte sie unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10% auf Fr. 59'070.-- fest (Suva-act. I/80). Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, auch ohne Berücksichtigung des CTS und des Tremors wäre ein Tabellenlohnabzug von mindestens 20% angebracht (act. G1). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Der Beschwerdeführer ist gesundheitsbedingt selbst bei körperlich leichten Tätigkeiten eingeschränkt und es sind dabei weitere qualitative Anforderungen zu beachten (Wechselbelastung, kein regelmässiges Heben und Tragen über 10kg, keine ellenbogengelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten, keine repetitive, belastende Umwendbewegungen der Vorderarme). Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen PHILIPP GEERTSEN, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.). Mit einem Tabellenlohnabzug von 10% hat die Beschwerdegegnerin dies jedoch bereits genügend

berücksichtigt.

E. 8

Schliesslich beanstandet der Beschwerdeführer den von der Beschwerdegegnerin auf den 1. Februar 2013 festgelegten Rentenbeginn. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Fallabschluss; Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Beschwerdeführer bringt vor, wahrscheinlicher für den Fallabschluss sei der 31. Dezember 2012 (act. G1). Zur Begründung macht er geltend, med. pract. O. ___ habe den Endzustand per Ende 2012/Anfang 2013 festgelegt (vgl. Suva-act. II/90). Dies widerspricht einem Rentenbeginn per 1. Februar 2013 jedoch nicht, zumal auch dieses Datum vom genannten Zeitraum umfasst ist. Der Beschwerdeführer gab am 16. Oktober 2013 gegenüber der Beschwerdegegnerin an, letztmals habe er im Januar 2013 eine Therapie besucht, dies sei die Physiotherapie gewesen (vgl. Suva-act. I/57). Auch Dr. L. ___ hielt nach der Untersuchung des Beschwerdeführers im Februar und März 2013 fest, er glaube nicht, dass man durch weitere Therapien eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielen könne. Vor allem würde er von einem weiteren chirurgischen Eingriff abraten (Suva-act. I/43-15). Der Rentenbeginn per 1. Februar 2013 ist damit nicht zu beanstanden.

E. 9

Die von der Beschwerdegegnerin für die anerkannte Berufskrankheit Ellbogengelenksarthrose zugesprochene Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 20% ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer bestreitet dies auch nicht substantiiert (vgl. act. G1).

E. 10

10.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 10.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben. 10.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.