

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 9. März 2015 abgewiesen (8C\_570/2014).

**200 13 953 UV**  
MAW/TOZ/ARJ

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. Mai 2014**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Tomic

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 26. September 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) zog sich am 17. August 2007 Verletzungen zu, als ihm ein Balken auf den Nacken bzw. die rechte Schulter fiel (Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt [SUVA resp. Beschwerdegegnerin; act. II] 1 und 19). Die SUVA, bei welcher der Versicherte gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert war, erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Nach Beizug verschiedener Arztberichte und erfolgten kreisärztlichen Untersuchungen (act. II 24, 95; Akten der SUVA [act. IIA] 178) veranlasste sie eine interdisziplinäre Untersuchung durch die Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beide von der SUVA Versicherungsmedizin. Gestützt auf deren Berichte vom 20. Dezember 2012 (act. IIA 189 und 190) stellte die SUVA mit Verfügung vom 12. Februar 2013 (act. IIA 197) die bisher erbrachten Leistungen (Taggeld, Heilkosten) auf den 1. März 2013 ein und verneinte einen Anspruch auf weitere Leistungen, da aufgrund des Ereignisses vom 17. August 2007 weder organische noch psychische Unfallrestfolgen vorlägen. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. IIA 211) mit Entscheid vom 26. September 2013 (act. IIA 215) fest.

### **B.**

In der Zwischenzeit hatte der Versicherte ein Gesuch um Ausrichtung von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht (act. II 67). Die IV-Stelle Bern (IVB) hatte nach Einholung eines Gutachtens der MEDAS vom 26. Januar 2012 (act. IIA 172) mit Verfügung vom 17. April 2012 (act. IIA 181) das Leistungsbegehren des Versicherten abgelehnt mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Diese Verfügung wurde mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Oktober 2012 (VGE IV/2012/415; act. IIA 191) und Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 20. Juni 2013 (BGer 9C\_983/2012; act. IIA 214) bestätigt.

## **C.**

Der durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ vertretene Versicherte liess am 29. Oktober 2013 Beschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 26. September 2013 sowie die Verfügung vom 12. Februar 2013 seien aufzuheben und die Sache sei zur Ergänzung der medizinischen Abklärungen (externes Gutachten) und zur Wiederaufnahme der gesetzlichen Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventuell sei im Verfahren vor dem Verwaltungsgericht zur Frage, ob der Beschwerdeführer an Folgen des Unfalles vom 17. August 2007 leide, ein medizinisches Gutachten einzuholen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2014 reichte die Beschwerdegegnerin einen Bericht der SUVA-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2013 ein und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Die Parteien hielten mit Replik vom 10. Februar 2014 sowie Duplik vom 2. April 2014 an ihren Rechtsbegehren fest und reichten jeweils weitere Arztberichte ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er

zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde - soweit sie sich gegen den Einspracheentscheid vom 26. September 2013 richtet - einzutreten. Ein Einspracheentscheid tritt an die Stelle der vorgängig erlassenen Verfügung, und zwar auch soweit er diese bloss bestätigt. Anfechtungsgegenstand des nachfolgenden Beschwerdeverfahrens bildet mithin allein der Einspracheentscheid (BGE 119 V 347 E. 1b S. 350; RKUV 1998 U 308 S. 454 E. 2a), weshalb auf die Beschwerde insoweit nicht einzutreten ist, als sie die Verfügung vom 12. Februar 2013 (Antrag auf deren Aufhebung) betrifft.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 26. September 2013 (act. IIA 215). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 17. August 2007 zu Recht auf den 1. März 2013 eingestellt hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen

Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.3** Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusam-

menhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechts-erhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage - im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang - nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250, 134 V 109 E. 2.1 S. 112).

**2.4** Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 17. August 2007 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (act. II 1; vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den 1. März 2013 hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

**3.1.1** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, führte im Bericht vom 3. Dezember 2007 (act. II 17) aus, der Beschwerdeführer habe am 24. November 2007 eine Sensibilitätsstörung und eine Parese in der

rechten Hand sowie im rechten Arm entwickelt, nachdem er zu Hause eine Decke getäfert habe. Zweifellos sei die Symptomatik im rechten Arm ursprünglich von der anhaltenden Überkopfarbeit in Kopfreklination ausgelöst worden. Es werde noch ein Versuch mit konservativer Therapie empfohlen.

**3.1.2** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, hielt im Bericht vom 18. Februar 2008 (act. II 10) als Diagnosen unklare plötzliche Lähmungserscheinungen in der rechten Hand sowie ein leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom (CTS) fest. Die Ursache für die plötzlichen Lähmungen in der rechten Hand sei nicht klar, insbesondere nicht, weshalb diese immer sechs Stunden nach chiropraktischer Manipulation aufträten. Eine vollständige bildgebende Untersuchung sei bereits durchgeführt worden. Es zeigten sich keine Hinweise auf eine erneute Kompression von neurogenen Strukturen im Bereich der HWS, weder entzündliche noch vaskuläre Läsionen im MRI-Bild. Die elektrophysiologischen Befunde seien vereinbar mit einem leichten CTS; dieses könne die Missempfindungen in den Händen, v.a. nachts, erklären. Differentialdiagnostisch komme ein sogenanntes Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) in Frage. Die Anamnese sei allerdings alles andere als typisch dafür (S. 2).

**3.1.3** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 5. März 2008 (act. II 7) ätiologisch ungeklärt sporadisch auftretende Lähmungserscheinungen der rechten Hand, ein leichtes sensibles CTS sowie einen Status nach Mikrodiskektomie C7/Th1 und ventraler Spondylodese mit intervertebraler Cage-Fusion sowie ventraler Verplattung vom 3. November 2006 (mit gutem postoperativem Verlauf). Im August 2007 habe ein herabfallender Balken den Beschwerdeführer am Nacken verletzt. Die Beschwerden (lokale Schmerzen und ein Tinnitus) hätten sich rasch gebessert, jedoch seien im Folgenden erneut starke Nackenschmerzen mit brachialgiformen Ausstrahlungen und Lähmungserscheinungen in der rechten Hand aufgetreten. Offenbar seien diese Episoden häufig und fast regelmässig ca. sechs Stunden nach chiropraktischen Manipulationen aufgetreten. Neu hätten sich auch Schmerzen im lateralen Clavikulabereich, bei Kälteexposition stechende Schmerzen in den Fingerkuppen der Digi I bis III rechts sowie ein persistierendes Schwäche- und Schweregefühl im rechten Arm eingestellt. Es seien ausgedehnte Ab-

klärungen durchgeführt worden. Sowohl ein HWS- als auch ein Schädel-MRI hätten keine die Beschwerden erklärenden Pathologien gezeigt (S. 1). Die postoperativen Verhältnisse im Bereich der HWS seien regelrecht und die Ursache der Beschwerden könne nicht mit einer cerviko-thorakalen spinalen Pathologie erklärt werden. In erster Linie müsse hier ein atypisches TOS ausgeschlossen werden (S. 2).

**3.1.4** Am 3. April 2009 unterzog sich der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, Spital I.\_\_\_\_\_, einer supraklavikulären Plexusrevision. Im Operationsbericht gleichen Datums (act. IIA 211) wurden als Diagnosen eine Plexuskompressionssymptomatik und ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) Typ II rechts bei Status nach Quetschtrauma supraklavikulär rechts von August 2007 genannt.

**3.1.5** Im Bericht der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Spital I.\_\_\_\_\_, vom 23. Februar 2011 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 7) wurden als Diagnosen ein CRPS Typ II am rechten Arm, eine Diskushernien-Operation C7/T1 nach einem Trauma und eine spezifische Phobie (Flugangst) mit Paniksymptomatik festgehalten. Die Schmerzen seien nun anders, der Beschwerdeführer habe nicht mehr so ausgeprägte Schmerzspitzen. Somit seien die Schmerzen auch besser erträglich (S. 1).

**3.1.6** Dem Bericht der Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie vom 8. Dezember 2011 (act. I 6) ist als Diagnose eine chronische, neurovaskuläre und vegetative Kompressionssymptomatik im Sinne eines CRPS Typ II stationär des rechten Arms mit trophischen Störungen im Bereich der rechten oberen Extremität zu entnehmen. Erfreulicherweise sei die Trophik der rechten oberen Extremität heute besser. Der Beschwerdeführer setze diese auch viel geschickter ein als noch vor einem Jahr. Er habe gelernt, mit seinem Arm umzugehen (S. 1). Er werde weiterhin bei Dr. med. J.\_\_\_\_\_, stellvertretender Chefarzt der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Spital I.\_\_\_\_\_, in Behandlung bleiben (S. 2).

**3.1.7** Im Gutachten der MEDAS vom 26. Januar 2012 (act. IIA 172) hielten die Ärzte als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im

Sinne eines Schmerzsyndroms verbunden mit sensomotorischen Störungen im Bereich des rechten oberen Körperquadranten, CRPS Typ II laut Angabe, einen Status nach Schulterkontusion und fraglich undislozierter Clavikulafraktur vom 17. August 2007 mit posttraumatischem TOS laut Angabe sowie einen Status nach supraclavikulärer Plexusrevision und Desinsertion des Musculus scalenus anterior und medius rechts vom 3. April 2009 fest (S. 53). Deskriptiv liege ein Schmerzsyndrom im Bereich des rechten oberen Körperquadranten vor, formal mit einem schweren sensomotorischen Ausfall im Bereich des rechten Armes. Der klinisch objektivierbare Befund sei allerdings diskret und es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen diesem Befund und den angegebenen Beschwerden sowie den daraus resultierenden Einschränkungen im Alltag und bei der Arbeit. Es sei - nicht zuletzt gestützt auf das Resultat einer Hautbiopsie mit einer verminderten intradermalen Nervendichte am rechten Vorderarm - die Diagnose eines CRPS gestellt worden. Bei einem CRPS bestehe typischerweise eine Diskrepanz resp. eine somatisch nicht zwanglose Erklärbarkeit des Ausmasses der Funktionsausfälle im Verhältnis zu den objektivierbaren Befunden. Allerdings könne rein klinisch beim Beschwerdeführer aktuell kein CRPS mehr diagnostiziert werden. Auch verlaufe ein CRPS in Phasen und eine Dystrophie - wie zum Teil in den Akten angegeben - liege nicht vor. Auch wenn letztlich von einem initial zu Grunde liegenden organischen Korrelat auszugehen sei, müsse eine relevante funktionelle Überlagerung der Symptomatik angenommen werden. Diese Aussage stütze sich insbesondere auf das Resultat der Kraftprüfung (S. 45): Relevante trophische Störungen im Bereiche des rechten Arms fänden sich keine mehr und auch gemessen an den (Arm-)Umfängen bestehe keine relevante Differenz. Der ursprüngliche Linkshänder könne den rechten Arm als Hilfshand benützen, was beim Aus- und Anziehen der Kleider beobachtet worden sei (S. 44). Zusammenfassend liege ein chronisches Schmerzsyndrom mit einem sensomotorischen Ausfall im rechten oberen Körperquadranten vor, wobei es auf der Grundlage eines organischen Korrelats sekundär zu einer relevanten psychischen Überlagerung gekommen sei und diese heute im Vordergrund stehe (S. 56). Im Lichte der von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sei die Schmerzstörung als überwindbar zu qualifizieren. Aus psychiatrischer Sicht könne dem Beschwerdeführer somit keine Einschränkung der Ar-

beitsfähigkeit attestiert werden (S. 51). Die bisherige Tätigkeit als ... in der ... sei nicht mehr zumutbar, da es sich hierbei um eine Arbeit mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik handle. Hingegen bestehe in einer angepassten Tätigkeit (ohne Anforderungen an die Feinmotorik und rohe Kraft des rechten Armes), bei welcher die rechte Hand als blosser Hilfsarm zum Einsatz komme (bspw. Tätigkeiten in der ..., Koordination sowie ...) eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Diese gelte seit dem Juli 2009 (etwa drei Monate nach der Plexusoperation; S. 56).

**3.1.8** Der Kreisarzt der SUVA Bern, Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte im Bericht vom 16. April 2012 (act. IIA 178) eine deutlich eingeschränkte Armfunktion rechts bei CRPS Grad II nach Balkenkontusion vom 17. August 2007, einen Status nach intervertebraler Cage-Fusion und ventraler Spondylodese C7/Th1 sowie Drehschwindel, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und vermehrte Empfindlichkeit auf äussere Einflüsse (Lärm/Hektik). Das von der MEDAS formulierte Zumutbarkeitsprofil betreffend die CRPS-Problematik könne übernommen werden. Die vom Beschwerdeführer noch zusätzlich angegebenen Beschwerdepunkte würden von der MEDAS zwar anamnestisch erwähnt, jedoch in der Würdigung nicht ausführlich diskutiert. Hier sei die Fachrichtung Neurologie sowie Psychiatrie im Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin gebeten, zu allfällig weiteren diagnostisch/therapeutischen Schritten Stellung zu nehmen resp. die Situation versicherungsmedizinisch zu würdigen (S. 5).

**3.1.9** Im neurologischen Bericht vom 20. Dezember 2012 (act. IIA 189) hielt die SUVA-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, dass aktuell keine neurologische Diagnose, welche auf einem objektiven Befund basieren würde, zu stellen sei (S. 20). Aus den echtzeitlichen Dokumenten und dem klinischen Verlauf lasse sich schlussfolgern, dass der Beschwerdeführer am 17. August 2007 eine Prellung von hinten an der HWS bzw. im Nacken erlitten habe. Strukturelle Läsionen seien in mehreren adäquaten Untersuchungen ausgeschlossen worden. Es gebe keine nachvollziehbare medizinische Begründung dafür, dass eine Prellung von hinten an der HWS ohne nachweisbare Verletzung weder von Weichteilen noch von Knochen oder Bändern zu einem im Verlauf diagnostizierten funktionellen TOS geführt habe

(S. 21). Auch die MRI-Untersuchung vom 24. August 2007 habe keine Hinweise auf ein Hämatom ergeben, welches letztlich als Erklärung allfälliger narbiger Veränderungen dienen könnte (S. 22). Es sei aufgrund des Unfallmechanismus und der initialen Symptomatik mit alleiniger Druckdolenz über dem Dornfortsatz mit Ausstrahlung in die rechte Schulter nicht überzeugend resp. überwiegend wahrscheinlich, dass das Ereignis vom 17. August 2007 das später diagnostizierte TOS erkläre. Das Ereignis habe zeitnah keine Arbeitsunfähigkeit verursacht. Weitaus wahrscheinlicher als Erklärung/Auslöser für die zur Operation vom 3. April 2009 geführten Diagnose TOS sei die beidseitige anlagebedingte Verengung der Vena subclavia, welche nach übermässiger Überkopfarbeit Ende November 2007 symptomatisch geworden sei. Als operationsbegründende Diagnose sei ein Status nach Quetschtrauma supraclaviculär rechts von August 2007 angegeben worden. Für diesen Verletzungsmechanismus gebe es keinen echtzeitlichen Beleg (S. 22). Der postoperative Verlauf sei insgesamt nicht als positiv zu beschreiben. Der Beschwerdeführer sei seither in seiner Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt; er berichte über ständige Schmerzen, welche nun auch den gesamten Körper betreffen. Auffällig sei, dass bereits zum Zeitpunkt der Rehabilitation im Herbst 2009 der Verdacht auf Inkonsistenzen bei besserem Einsatz der rechten Hand bei Ablenkung beschrieben worden sei. Eine Parese habe sich in der neurologischen Untersuchung nicht nachweisen lassen. Die Sensibilitätsstörungen seien diffus, betreffen auch die linke Körperseite sowie den Kopf und seien weder neuroanatomisch durch eine spezifische bzw. lokalisierte Läsion zu erklären noch in irgendeinem Zusammenhang mit der erfolgten Operation verstehbar. Es fänden sich keine trophischen Störungen im Bereich der rechten Hand. Eine Hyperalgesie sei im Bereich des rechten Armes nicht angegeben worden. Hinweise für eine seitendifferente Sudomotorik oder ein Ödem rechts seien objektiv ebenfalls nicht feststellbar (S. 23). Zusammenfassend sei nach der Untersuchung vom 15. November 2012 ein CRPS in Anlehnung an die international anerkannten Budapest-Kriterien nicht zu diagnostizieren (S. 23 f.). Aktuell fänden sich klinisch keine nachvollziehbaren Befunde für ein CRPS. Dies sei bereits in der interdisziplinären gutachterlichen Untersuchung in der MEDAS von Oktober 2011 so beurteilt worden. Aus rein neurologischer Sicht bestünden aktuell keine nachvollziehbaren Einschränkungen in der Zumutbarkeit. Die psychiatrische Symptomatik

stehe aktuell zweifelsohne im Vordergrund. Wesentlich sei weiter, dass der operative Eingriff vom 3. April 2009 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. August 2007 stehe. Es lägen keine objektivierbaren Folgen des erwähnten Ereignisses vor (S. 24).

Im psychiatrischen Bericht vom 20. Dezember 2012 (act. IIA 190) führte der SUVA-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aus, die vom Beschwerdeführer geklagten drei Formen von Schmerzen („Explosiönl“, „Fäden“, „Netze“) passten in keine bekannte Schmerzsystematik und liessen sich darüber hinaus auch mit den angegebenen Unfallursachen nicht in Verbindung bringen. Auch die angegebenen Zustände von kognitiver Einschränkung mit Störung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit sowie die vermehrte Erschöpfbarkeit liessen sich hier mit den objektiven Befunden während der Untersuchung nicht als hirnorganische Einschränkungen begründen. Für eine Depression gebe es keine Anhaltspunkte. Die Hinweise auf eine Angstproblematik im Dossier weise der Beschwerdeführer zurück. Diagnostisch sei eine dissoziative Störung (ICD-10 F44) anzunehmen, welche wesentlich sein jetziges Krankheitsbild und damit seine Arbeitsunfähigkeit verursache. Bereits im Gutachten der MEDAS von Januar 2012 sei der Verdacht auf eine solche Störung geäussert worden. Der Beschwerdeführer habe sich mit seinem jetzigen Zustand einen emotionalen und sozialen Schonraum geschaffen, der ihn von Kontakten mit anderen Menschen weitgehend suspendiere und ihm ermögliche, stattdessen zum Beispiel Körperfunktionen, Computerprogramme oder elektronische Schaltungen zu studieren. Auch die jetzige Verhaltenstherapie folge diesen Vorgaben. Der Beschwerdeführer betrachte diese als eine Art Coaching, in welcher an seinem Tagesablauf „geschraubt“ und das Gleichgewicht seines vegetativen Nervensystems bzw. Visualisierung und Selbsthypnose eingeübt würden, um seinen komplexen Zustand besser zu kontrollieren (S. 12). Das jetzige Zustandsbild könne nicht auf den Unfall von 2007 zurückgeführt werden. Vielmehr würden offenbar auch Bagatellverletzungen, wie bei diesem Unfall, in die vorbestehende psychische Symptomatik übernommen und dazu beitragen, das Kausalitätsbedürfnis des Beschwerdeführers zu befriedigen. Somit bestehe keine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Mit einer stationären psychosomatischen Therapie in einer

geeigneten Einrichtung könne möglicherweise eine wesentliche Verbesserung der psychischen Störung erreicht werden, dies unabhängig vom Unfall von 2007 (S. 13).

**3.1.10** Im Bericht vom 20. Februar 2013 (act. IIA 211) führte Dr. med. J. \_\_\_\_\_ aus, bezüglich des neurologischen Berichts der SUVA-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sei ein sehr „restriktives“ CRPS-Verständnis ausgefallen. Zwar werde fotografisch wie auch klinisch ein deutlicher Seitunterschied dokumentiert und auch die unbestreitbare bioptisch festgestellte Seitendifferenz des Nervengewebes erwähnt, trotzdem werde diese Befundlage aber nicht mit einer Diagnose bezeichnet. Offensichtlich habe die SUVA-Ärztin auch die ins Auge fallenden neurovaskulären Unterschiede nicht in ihrem Bericht gewürdigt. Es werde auch keine Alternative diskutiert, wenn es schon - entgegen allen Beurteilungen des Spitals I. \_\_\_\_\_ - kein CRPS sein solle. Im psychiatrischen Bericht des SUVA-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ergebe sich „neu“ die deskriptive Diagnose einer dissoziativen Störung. Unter einer solchen Störung verstehe man eine Krankheitsgruppe neurofunktioneller Ausfallstörungen, oft im Zusammenhang mit erheblichem psychischem Begleitstress. Aus den beiden Beurteilungen der SUVA-Ärzte (CRPS-artige Störung und somatosensorische Dissoziation) resultiere eine komplexe psychophysische Folgestörung und nicht „weder eine psychische noch eine somatische invalidisierende Unfallrestfolge“ (S. 1).

In einem weiteren Bericht vom 14. März 2013 (act. IIA 211) hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer seit anfangs 2011 bei ihm in Behandlung stehe. Im Vordergrund habe von Anfang an die CRPS-Problematik gestanden. Auch bezüglich der „Budapest-Kriterien“ könne bis zum heutigen Tag die Diagnose eines CRPS weiter bestätigt werden. Das Unfallereignis vom 17. August 2007 sei in chronologischer und auch anatomischer Hinsicht plausibel als Auslöser des CRPS (S. 1). Dem Operationsbericht vom 3. April 2009 sei zu entnehmen, dass die CRPS-Problematik bereits zum Zeitpunkt der Plexusrevision bestanden habe (S. 1 f.). Der SUVA-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ beschreibe als dissoziative Störung, was heute als NDSDs (Nondermatomal Somatosensory Deficits) bei Schmerzpatienten bezeichnet werde. Entscheidend sei, dass diese

somatosensorischen Defizite in direkt-kausalem Zusammenhang mit dem CRPS stünden und dieses wiederum in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallauslöser stehe (S. 2).

**3.1.11** Dazu nahm die SUVA-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ am 18. Dezember 2013 Stellung und kam zum Schluss, dass die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 20. Februar und 14. März 2013 keine neuen medizinischen Informationen enthielten. Die drei fachärztlichen Untersuchungen durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Dezember 2007, durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Februar 2008 und durch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im März 2008 hätten innerhalb der ersten sechs Monate nach dem zur Diskussion stehenden Ereignis vom 17. August 2007 stattgefunden. Keiner der aufgezählten Fachärzte habe differentialdiagnostisch das Vorliegen eines CRPS oder unfallbedingter struktureller Läsionen in Erwägung gezogen. Grundsätzlich müsse davon ausgegangen werden, dass die Latenzzeit zwischen dem auslösenden Ereignis und dem Auftreten eines CRPS maximal sechs bis acht Wochen betrage. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei ein allfällig durchgemachtes CRPS oder auch ein aktuell zu diagnostizierendes CRPS nicht Folge des Ereignisses vom 17. August 2007. Weiter sei anhand der echtzeitlichen Dokumentation überwiegend wahrscheinlich, dass die Operation von April 2009 nicht zur Behandlung von Folgen des Unfalles vom 17. August 2007 indiziert gewesen sei, sondern dass eher anlagebedingte Veränderungen oder nicht diagnostizierte krankhafte Ursachen operationsbegründend gewesen seien (in den Gerichtsakten).

**3.1.12** Stellung nehmend dazu führte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ am 27. Januar 2014 im Wesentlichen aus, die Diagnose eines CRPS sei von sämtlichen behandelnden Ärzten im Spital I.\_\_\_\_\_ (Anästhesie, Handchirurgie, Neurologie) und bereits vor dem Plexuseingriff vom 3. April 2009 gestellt worden. Zudem sei sie im Bericht des Kreisarztes Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 16. April 2012 bestätigt worden (act. I 2, S. 1).

**3.1.13** Mit Bericht vom 1. April 2014 (Akten der SUVA [act. IIB] 1) hielt die SUVA-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ an ihrer neurologischen Beurteilung vom 20. Dezember 2012 fest.

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. September 2013 (act. IIA 215) massgeblich auf die Berichte der SUVA-Ärzte Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2012 (act. IIA 189 und 190) gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb diesen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander, so dass darauf ab-

zustellen ist. Demnach besteht kein unfallbedingter organischer bzw. psychischer Gesundheitsschaden resp. keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung findet ihren Rückhalt im Gutachten der MEDAS vom 26. Januar 2012 (act. IIA 172), gestützt auf welches das angerufene Gericht mit Urteil VGE IV/2012/415 (act. IIA 191), bestätigt durch den Entscheid BGer 9C\_983/2012 (act. IIA 214), einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung verneinte, weil kein invalidisierender Gesundheitsschaden (mehr) vorliege. Nach Lage der medizinischen Akten handelt es sich beim Gesundheitsschaden, für den der Beschwerdeführer Leistungen der Invalidenversicherung beantragt hat, um die identische Beeinträchtigung, für die er bei der Beschwerdegegnerin Unfallversicherungsleistungen beanspruchte. Obwohl die rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzung bzw. Feststellung des medizinischen Sachverhalts der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung entfaltet (BGE 131 V 362 E. 2.2 S. 366 f.), gilt es nach wie vor, unterschiedliche Einschätzungen der Auswirkungen eines Gesundheitsschadens zu vermeiden (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Juni 2010, 8C\_652/2009, E. 3.5.1). Das Bundesgericht hat im Entscheid BGer 9C\_983/2012 (act. IIA 214) erkannt, dass zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit auf das in allen Teilen beweiskräftige Gutachten der MEDAS vom 26. Januar 2012 (act. IIA 172) abzustellen ist. Danach war das CRPS zwar zwischenzeitlich durchaus aufgetreten, aber im Begutachtungszeitpunkt nicht mehr zu diagnostizieren (act. IIA 214, E. 3.2.1). Zum gleichen Ergebnis gelangte auch die SUVA-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_. Sie konnte gemäss ihrer Beurteilung vom 20. Dezember 2012 (act. IIA 189) die Diagnose eines CRPS mangels entsprechender Befunde ebenfalls nicht stellen (S. 23 f.).

Der Beschwerdeführer bringt dagegen hauptsächlich vor, der ausschlaggebende Anlass zur vorliegenden, nach den Ergebnissen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens „vordergründig aussichtslos erscheinenden Beschwerde“ bilde der Umstand, dass die behandelnden Ärzte des Spitals I. \_\_\_\_\_ klar die Auffassung verträten, der Beschwerdeführer leide nach wie vor an einem CRPS. Zunächst hat das angerufene Gericht bzw. Bundesgericht - wie bereits erwähnt - das Gutachten der MEDAS vom 26. Januar 2012 (act. IIA 172) für schlüssig und damit beweiskräftig erachtet.

Bezüglich des CRPS hielt es fest, dass sich der neurologische Gutachter im neurologischen Status ausführlich mit dem CRPS auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet hat, dass und weshalb im Begutachtungszeitpunkt kein CRPS mehr diagnostiziert werden könne. Die vom Beschwerdeführer (wiederum) daran geübte Kritik gibt nicht Anlass zu einer erneuten gutachterlichen Auseinandersetzung mit der CRPS-Problematik resp. zur Einholung eines weiteren Gutachtens. Dies aus folgenden Gründen: Zum einen macht der Beschwerdeführer bzw. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ nicht geltend, das CRPS sei erneut aufgetreten und (wiederum) auf den Unfall vom 17. August 2007 zurückzuführen (vgl. Berichte vom 20. Februar 2013 [act. IIA 211], 14. März 2013 [act. IIA 211] und 27. Januar 2014 [act. I 2]). Die Auffassung der behandelnden Ärzte, dass der Beschwerdeführer nach wie vor an einem CRPS leide, war den Gutachtern bekannt (vgl. act. IIA 172, S. 16 ff.) und wurde in der polydisziplinären Beurteilung entsprechend gewürdigt (S. 54 f.). Zum anderen wurde die Diagnose eines CRPS erstmals von den Ärzten der Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, Spital I. \_\_\_\_\_, im Operationsbericht vom 3. April 2009 (act. IIA 211) festgehalten. Frühere ärztlich dokumentierte Hinweise auf ein CRPS fehlen (vgl. insb. Berichte der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2007 [act. II 17], G. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2008 [act. II 10] und H. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2008 [act. II 7]). Selbst wenn aktuell von einem CRPS auszugehen wäre, wäre jedenfalls - wie die SUVA-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zutreffend dargelegt hat (Bericht vom 18. Dezember 2013; in den Gerichtsakten) - die Unfallkausalität eines CRPS aufgrund der grösseren Latenzzeit seit dem Unfall bis zur ersten Feststellung in den echtzeitlichen medizinischen Akten von über acht Wochen (Entscheid des BGer vom 5. Januar 2010, 8C\_384/2009, E. 4.2.1) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Die Frage, ob die Operation vom 3. April 2009 zur Behandlung von Folgen des Unfalles vom 17. August 2007 indiziert gewesen war (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 3 f.), kann hier offen gelassen werden, da gestützt auf die überzeugende Beurteilung der SUVA-Ärztin vom 20. Dezember 2012 (act. IIA 189) im Zeitpunkt der Leistungseinstellung letztlich kein unfallbedingter organischer Gesundheitsschaden mehr vorlag. Schliesslich macht der Beschwerdeführer neben dem CRPS keine anderweitige organische Gesundheitsschädigung geltend, welche die geklagten Beschwerden zu erklären vermöchte und gegebenenfalls auf den

Unfall vom 17. August 2007 zurückgeführt werden könnte.

Was die im Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2013 (act. IIA 211) vorgebrachte Kritik an der psychiatrischen Beurteilung durch den SUVA-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ angeht, so ist festzuhalten, dass Dr. med. J. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin - im Gegensatz zum Psychiater Dr. med. D. \_\_\_\_\_ - nur beschränkt über die für die Beurteilung der Auswirkungen des vorliegend psychischen Beschwerdebildes erforderliche Fachkompetenz verfügt, weshalb auf seine Beurteilung nicht unbesehen abgestellt werden kann.

**3.4** Nach dem Dargelegten liegt gestützt auf die Berichte der SUVA-Ärzte Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2012 (act. IIA 189 und 190) kein unfallbedingter organischer bzw. psychischer Gesundheitsschaden (mehr) vor, weshalb die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht auf den 1. März 2013 eingestellt bzw. einen Anspruch auf weitere Leistungen verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. September 2013 (act. IIA 215) ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist daher als offensichtlich unbegründet abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - SUVA
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.