

200 18 364 UV
FUE/IMD/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

Suva

Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 9. April 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit dem 9. Juli 2012 als ... bei der B. _____ GmbH angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert (Akten der Suva, Antwortbeilage [act. II] 2). Am 4. Februar 2015 fiel ihm gemäss Schadenmeldung UVG vom 9. Februar 2015 ein Rohr auf die rechte Hand, wodurch er sich eine ca. 6 cm lange Rissquetschwunde über dem rechten Handrücken proximal radial zuzog (act. II 2, 7). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld [act. II 3 f.]) und klärte den Sachverhalt in beruflicher und medizinischer Hinsicht ab; namentlich liess sie den Versicherten durch den Kreisarzt med. pract. C. _____, Facharzt für Chirurgie, untersuchen (Bericht vom 6. Januar 2016 [act. II 85]; ergänzende Beurteilung vom 21. September 2017 [act. II 145]). Mit Verfügung vom 13. November 2017 stellte die Suva die Leistungen mit Wirkung per 31. Oktober 2015 mit der Begründung ein, die noch bestehenden Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt (act. II 148 S. 1-3). Eine dagegen erhobene Einsprache (act. II 152, 156) wies die Suva nach Einholung einer chirurgischen Beurteilung der Abteilung Versicherungsmedizin, Dr. med. D. _____, Fachärztin für Chirurgie, vom 6. April 2018 (act. II 163) mit Entscheid vom 9. April 2018 ab (act. II 164).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 9. Mai 2018 (Postaufgabe) Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weiterhin Versicherungsleistungen auszurichten. Zur Begründung legte er einen Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. E. _____, Facharzt für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 7. Mai 2018 auf (Beschwerdebeilage [act. I] 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Juli 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die chirurgische Beurteilung von Dr. med. D. _____ vom 12. Juli 2018 (in den Gerichtsakten) die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer wies mit Eingabe vom 21. August 2018 auf eine bevorstehende Operation hin. Gleichzeitig ersuchte er um Gewährung einer dreissigtägigen Frist zur Einreichung einer Stellungnahme zur Beschwerdeantwort, welchem Ersuchen der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 22. August 2018 entsprach.

Mit Eingabe vom 20. September 2018 nahm der Beschwerdeführer unter Beilage eines Operationsberichts von Dr. med. E. _____ vom 5. September 2018 (Beschwerdebeilage [act. IA] 1) Stellung zur Beschwerdeantwort.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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

kantonales Gesetz vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 9. April 2018 (act. II 164). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 31. Oktober 2015 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Der Beschwerdeführer erlitt den Unfall am 4. Februar 2015 (act. II 2), womit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). 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).

2.3 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).

2.3.1 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 blosse 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).

2.3.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er

sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.3.3 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). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.4 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung (und das Taggeld) nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 140 V 130 E. 2.2 S. 132, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der ver-

sicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Die Frage einer zu erwartenden gesundheitlichen Verbesserung ist nur prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2).

2.5 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. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6

2.6.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.7 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 4. Februar 2015 (act. II 2) die kumulativen Anspruchsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiavor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (act. II 3 f.). Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 31. Oktober 2015

(act. II 148 S. 1 f.) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.2 In medizinischer Hinsicht ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 18. Februar 2015 (act. II 7) fest, über dem rechten Handrücken finde sich proximal radial eine ca. 6 cm lange, schräg verlaufende Narbe mit Fäden in situ. Der Patient gebe eine Hyposensibilität des rechten Daumens dorsal ulnar und des Zeigefingers dorsal radial an. Es bestehe eine leichte Wundschwellung. Am 16. Februar 2015 seien die Fäden entfernt worden, dabei hätten sich reizlose Wundverhältnisse gezeigt. Bezüglich der Hyposensibilität sei der Zustand unverändert geblieben. Ob es sich bei diesem Befund um eine Neuropraxie handle, sei momentan schwierig zu beurteilen.

3.2.2 Dr. med. F._____, Facharzt für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 31. März 2015 (act. II 19) aus, nach dem MRI könne er mit grosser Sicherheit behaupten, dass man am Daumen nichts unternehmen sollte. Die Hypästhesie, welche Folge der Verletzungen der Hautäste des Nervus radialis sei, könne kaum mit Erfolg korrigiert werden. Es stelle sich nun die Frage der Problematik an der distalen Ulna. Hier wäre eine Verkürzungsosteotomie des Ulnaschaftes zu empfehlen, um den Konflikt zwischen Triquetrum und Ulnaspitze zu beseitigen.

3.2.3 Gemäss Operationsbericht vom 27. Mai 2015 (act. II 33) nahm Dr. med. F._____ gleichentags bei diagnostiziertem Impingement zwischen Processus styloideus ulnae und Triquetrum rechts eine Verkürzungsosteotomie der distalen Ulna um 3 Millimeter vor.

3.2.4 Im Bericht vom 25. August 2015 (act. II 47) hielt Dr. med. F._____ fest, es stelle sich eine hypertrophische Pseudarthrose ein, da der Patient wieder arbeite. Er habe sich bemüht, ihm zu erklären, dass er während den kommenden drei Wochen vollständig entlasten müsse, da die Platte nicht in der Lage sei, dieser Art Belastung zu widerstehen.

3.2.5 Der Kreisarzt med. pract. C. _____ diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 6. Januar 2016 (act. II 85) das Folgende:

Dorsales Handgelenksanpralltrauma rechts (dominant) durch herabfallendes Stahlrohr am 04.02.2015 mit:

1. querer Schnittverletzung radialer Handrücken Zone 6
 - Status nach primärer Wundnaht am 04.02.2015
 - aktuell: Dysästhesie bei narbenbedingter Irritation Ramus superficialis Nervus radialis I. und II. Strahl
2. Traumatisierung einer vorbestehenden degenerativ bedingten TFCC-Läsion durch Ulnaimpaktionssyndrom bei Status nach wahrscheinlich Fraktur in der Kindheit (distale Radiuschaftfraktur am diaphysären Übergang mit bleibender Achsdeviation und Status nach alter Processus styloideus ulnae-Abrissfraktur)
 - Status nach Ulnaverkürzungsosteotomie um 3 mm am 27.05.2015
 - aktuell: partielle Non-Union

Unfallrelevante Nebendiagnose:

Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechte dominante Hand.

Der Kreisarzt hielt fest, das Unfallereignis durch die herabfallende Eisenstange habe zu einer Schnittverletzung im Bereich des radialseitigen Handrückens geführt. Nach primärer Wundnaht persistiere dort eine narbenbedingte mechanische Irritation desjenigen Nerven, der die Sensibilität des Handrückens in diesem Bereich übernehme. Die weiteren radiologisch und klinisch festgestellten aber vorbestehenden Veränderungen im Handgelenkbereich seien in der Diagnoseliste aufgeführt: Die angefertigten Röntgen-, CT- und MRI-Bilder zeigten eine alte Achsdeviation im Bereich des diaphysären Übergangs des distalen Radiuschaftes, wahrscheinlich von einer älteren Fraktur in der Kindheit herrührend, die dem Versicherten selbst nicht mehr bewusst sei, und des Weiteren einen abgebrochenen Processus styloideus ulnae, der bereits abgerundet sei und Zeichen einer ebenfalls älteren Verletzung darstelle. Diese sei nicht unfallkausal und allenfalls durch das Anpralltrauma "aktiviert" worden. Auch das festgestellte Ulnaimpaktionssyndrom durch Berühren des besagten Processus styloideus ulnae mit dem Os triquetrum sei nicht unfallkausal. Der hier geschädigte TFCC (Triangulärer fibroartikularer Komplex) sei nicht Folge des Unfalles, sondern Folge der vorbestehenden Situation und sei durch das Ereignis allenfalls "aktiviert" worden. Der Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, hier zu einer bleibenden Verletzung zu führen. Des Weiteren falle in der heutigen klinischen Untersuchung auf, dass eine Hyposensibilität im Bereich des Nervus medianus-versorgten Fingergebietes im Sinne eines

Karpaltunnelsyndroms bestehe. Die durchgeführte Osteotomie, die das Ulna-impaktionssyndrom hätte entlasten sollen, sei gemäss den CT-Bildern im Oktober 2015 noch nicht konsolidiert gewesen. Die vom Versicherten mitgebrachten Röntgenbilder von Anfang und Ende Dezember 2015 zeigten ebenfalls, dass hier die Osteotomie zumindest zu 50 % eine Non-Union-Situation aufweise. Aufgrund der komplexen Mischsymptomatik empfehle er das Einholen einer Zweitmeinung.

3.2.6 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 18. Februar 2016 (act. II 89) wurden ein Verdacht auf Pseudarthrose im Bereich des Schaftes Ulna rechts bei Zustand nach Ulna-Verkürzung, eine distale Radioulnargelenksarthrose am Handgelenk rechts sowie ein Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechtsbetont diagnostiziert.

Nach elektrodiagnostischer Untersuchung wurde im Bericht derselben Klinik vom 11. März 2016 (act. II 102) ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen. Im Vordergrund stehe eine Irritationsneuralgie des Ramus superficialis nervi radialis rechts proximal des Handgelenks mit Missensationen und Dysästhesien/Parästhesien im Bereich des radialen Handrückens. Zusätzlich sei eine proximale, inkomplette, sich langsam bessernde sensible Medianusläsion im Bereich des Unterarms möglich. Eine Läsion des Nervus ulnaris könne klinisch und elektrodiagnostisch ausgeschlossen werden. Hinweise für ein CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) hätten klinisch keine objektiviert werden können.

3.2.7 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 19. Januar 2017 (act. II 124) fest, die Hauptbeschwerden des Patienten lägen ulnocarpal. Radial bestehe mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Läsion des Ramus superficialis des Nervus radialis. Sollten die Beschwerden hier persistieren, könne eine Neurolyse des Nervenastes und gegebenenfalls eine Neurom-Resektion durchgeführt werden.

3.2.8 Dem Operationsbericht vom 12. Mai 2017 (act. II 131) ist zu entnehmen, dass aufgrund einer Malunion einer distalen Radiusfraktur rechts bei Arthrose des DRUG's (distales Radio-Ulnar-Gelenk) die Metallentfernung an der Ulna und eine Korrektur-Osteotomie des Radius vorgenommen sowie eine Herbert-Prothese eingesetzt wurden.

3.2.9 In der kreisärztlichen Beurteilung vom 21. September 2017 (act. II 145) hielt med. pract. C. _____ fest, in den Röntgenbildern erkenne man heute noch eine ältere, sicherlich traumabedingte Knickbildung im Bereich des diaphysären distalen Überganges des Radius. Offensichtlich habe hier eine Fraktur im Kindesalter vorgelegen, die im weiteren Verlauf nicht mehr zu einer vollständigen Ausgradung der Fraktur haben können. Daraus resultiere eine relative Verkürzung des Radius gegenüber der Ulna, d.h. ein konsekutiver Ulnavorschub. Durch den erhöhten mechanischen Druck aufgrund der relativen Ulna-Überlänge sei der TFCC typischerweise im Laufe der Zeit degeneriert und sei offensichtlich auch lange Zeit asymptomatisch geblieben. Damit sei die am 27. Mai 2015 durchgeführte Ulnaverkürzungsosteotomie, als Entlastungsoperation des TFCC gedacht, Folge dieser früheren Verletzung. Der Unfall vom 4. Februar 2015 habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung dieses degenerativen Vorzustandes geführt und in traumatologischer Hinsicht sei in Bezug auf das Suva-versicherte Ereignis nach drei Monaten ein stabiler Zustand erreicht gewesen.

3.2.10 Dr. med. D. _____ führte in der chirurgischen Beurteilung vom 6. April 2018 (act. II 163) aus, der Unfall vom 4. Februar 2015 habe zu einer Kontusion mit 6 cm langer Rissquetschwunde über dem Handrücken rechts radial sowie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Läsion des Ramus superficialis des Nervus radialis rechts geführt. Die bildgebenden Abklärungen zeigten einen Zustand nach Schafffraktur der rechten Speiche mit verbliebener Achsenabweichung. Zusätzlich bestehe ein Zustand nach älterer Verletzung am Griffelfortsatz der Elle (distale Ulna, Ulnastyloid) mit Knochenanbauten und Verkalkungen, welche zu einer Ulnaplusvarianz mit ulnarpalem Impingement und TFCC-Läsion im Bereich der ulnaren Insertion geführt hätten. Die Achsenabweichung am Speichenschaft führe für sich alleine nicht überwiegend wahrscheinlich zu Beschwerden. Hingegen werde die ulnarpale Impaktion rechts, insbesondere unter Berücksichtigung der schweren Arbeit auf dem Bau mit repetitiven Bewegungen, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem erlittenen Unfall vom 4. Februar 2015 gelegentlich symptomatisch gewesen sein. Zum Zeitpunkt des geleisteten Militärdienstes (üblicherweise als 20-Jähriger) seien die Knorpelveränderungen am Ellengriffel und am Os tri-

quetrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch nicht so weit fortgeschritten gewesen, dass sie symptomatisch gewesen wären. Die Operation vom 27. Mai 2015 (Verkürzungsosteotomie Ulna) sei nicht mindestens teilweise wegen wahrscheinlicher Unfallfolgen erfolgt. Das Unfallereignis habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen unfallfremden (ursächlich auf einen in der Kindheit erlittenen Unfall zurückzuführenden) Befund in ein schmerzhaftes Stadium versetzt. Es handle sich dabei um eine vorübergehende Verschlimmerung. Die Folgen des Unfalles vom 4. Februar 2015 hätten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 31. März 2015 (Konsultation bei Dr. med. F. _____) keine Rolle mehr gespielt. Es sei keine andauernde oder richtunggebende Verschlimmerung dieses Vorzustandes eingetreten.

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrem Entscheid auf die fachärztlichen Beurteilungen des Kreisarztes med. pract. C. _____ (Bericht vom 6. Januar 2016 und ergänzende Beurteilung vom 21. September 2017 [act. II 85; 145]) und der Versicherungsmedizinerin Dr. med. D. _____ vom 6. April 2018 und 12. Juli 2018 (act. II 163; in den Verfahrensakten).

3.3.1 Die versicherungsinterne Beurteilung von med. pract. C. _____ vom 6. Januar 2016 bzw. vom 21. September 2017 (act. II 85 und 145) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.6.1 f. hiervor) und überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und bildgebenden Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Aus seinem Bericht vom 6. Januar 2016, in dem die erlittene Verletzung schematisch dargestellt wird und die bildgebenden Befunde des Handgelenks (Röntgen, CT und MRI) integriert sind (act. II 85 S. 4-6), geht einleuchtend und schlüssig hervor, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 4. Februar 2015 eine Schnittverletzung im Bereich des radialseitigen Handrücken-

ckens erlitt und dass in der Folge – narbenbedingt – eine mechanische Irritation desjenigen Nervs persistierte, der die Sensibilität des Handrükens in diesem Bereich übernimmt. Weiter überzeugt seine Darlegung, dass beim Beschwerdeführer vorbestehende Veränderungen im Handgelenkbereich bestanden, nämlich eine wahrscheinlich von einer Fraktur in der Kindheit stammende Achsdeviation im Bereich des diaphysären Übergangs des distalen Radiuschafts und ein abgebrochener Processus styloideus ulnae, der ebenfalls Folge einer älteren Verletzung ist, sowie dass diese nicht unfallkausalen Veränderungen im Handgelenkbereich allenfalls durch das Anpralltrauma aktiviert worden sind (act. II 85 S. 7). Einleuchtend sind auch seine ergänzenden Ausführungen vom 21. September 2017, indem med. pract. C._____ den Degenerationsprozess des TFCC im Nachgang zu der in der Kindheit stattgehabten Fraktur beschreibt sowie seine Schlussfolgerung, der Unfall vom 4. Februar 2015 habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung dieses degenerativen Vorzustands geführt (act. II 145 S. 1 f.).

3.3.2 Im Einklang mit der Beurteilung des Kreisarztes steht die ebenfalls beweiskräftige (vgl. E. 2.6.1 f. hiervor) chirurgische Aktenbeurteilung von Dr. med. D._____ vom 6. April 2018 (act. II 163). In dieser zeigt die Chirurgin anhand der Bildgebung erneut nachvollziehbar und schlüssig auf, weshalb die Befunde ("distale Ulna verplumpt mit Verknöcherung", "Knickbildung" im Bereich des Radiuschaftes [Speiche]) für vorbestehende, alte Frakturen bzw. Läsionen sprechen, wohingegen weder computertomographisch noch szintigraphisch noch MR-tomographisch oder konventionell radiologisch Anzeichen für eine unfallursächliche Verletzung an den Knochen- oder Bandstrukturen bestehen bzw. eine knöcherne Läsion des Handskeletts mittels Computertomographie definitiv ausgeschlossen werden konnte (act. II 163 S. 6 ff.). Die Schlussfolgerung von Dr. med. D._____, wonach keine Hinweise für eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustands durch den Unfall vom 4. Februar 2015 vorlägen, hingegen überwiegend wahrscheinlich eine vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustands durch die erlittene Kontusion anzunehmen sei, leuchtet ein (act. II 163 S. 9 f.). Dasselbe gilt für die Einschätzung, wonach die vorübergehende Verschlimmerung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am 31. März 2015 (Konsultation bei Dr. med. F._____) keine Rolle

mehr spielte bzw. ein Status quo sine vel ante erreicht gewesen sei (act. II 163 S. 10 und 11 Ziff. 6). An der Beweiskraft der Beurteilung von Dr. med. D. _____ ändert nichts, dass diese den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat (vgl. Eingabe vom 20. September 2018, S. 2 [in den Gerichtsakten]), war es der Ärztin doch möglich, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild zu machen (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.3 Der beschwerdeweise aufgelegte Bericht des behandelnden Dr. med. E. _____ vom 7. Mai 2018 (in den Verfahrensakten) enthält nichts, was auch nur geringe Zweifel an den fachärztlichen Beurteilungen des Kreisarztes oder der Dr. med. D. _____ zu wecken vermöchte (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). Was den vom Beschwerdeführer bestrittenen Bruch des rechten Arms betrifft, bestätigte der behandelnde Handchirurg vielmehr die Beurteilung der Fachärzte der Beschwerdegegnerin, rapportierte er doch sowohl unter den Diagnosen als auch im Abschnitt "Verlauf und Befunde" von einem in der Kindheit erlittenen Bruch (Fraktur) des Radiuschafts. Soweit er die Ansicht vertritt, die Beschwerdegegnerin müsse zumindest für die Beschwerden radial am Handgelenk weiter aufkommen, habe der Beschwerdeführer doch von der Ergotherapie deutlich profitiert, hat Dr. med. D. _____ in der Stellungnahme vom 12. Juli 2018 (in den Verfahrensakten) überzeugend dargelegt, dass der Endzustand bezüglich Unfall vom 4. Februar 2015 am 31. März 2015 mit bestehender Allodynie über dem rechten Handrücken (Unfallfolge), die sich nicht verschlechtert hat, erreicht war und dass eine Verbesserung der Gefühlsstörung im Bereich des Handrückens durch die neu verordnete Ergotherapie nicht ausgewiesen und auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist (in den Verfahrensakten S. 3). In diesem Sinne hatte sich auch der behandelnde Dr. med. F. _____ im Bericht vom 31. März 2015 geäußert ("Die Hypästhesie [herabgesetzte Empfindlichkeit der Berührungs- und Drucksensibilität], welche Folge der Verletzungen der Hautäste des N. radialis ist, kann kaum mit Erfolg korrigiert werden" [act. II 19]). Von einer möglichen namhaften Besserung des Gesundheitszustandes durch Fortsetzung der ärztlichen Behandlung – was Voraussetzung der (weiteren) Gewährung von Heilbehandlung darstellt (vgl. E. 2.4 hiervor) – ist damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszugehen. Daran ändert

nichts, dass ein entsprechender chirurgischer Eingriff (Wundrevision, Resektion eines Neuroms sowie Nervennaht eines Astes des Ramus superficialis des Nervus radialis) durch Dr. med. E. _____ am 28. August 2018 durchgeführt worden ist (act. IA 1).

3.3.4 Schliesslich vermögen auch die Einwände des Beschwerdeführers am Ergebnis nichts zu ändern. Soweit er der Ansicht ist, der behandelnde Handchirurg Dr. med. E. _____ bestätige im Bericht vom 7. Mai 2018 (act. I 1), dass beim Unfall auch die rechte Ulna "kaputt gegangen" sei und die Beschwerdegegnerin die Sache "verharmlose" (Beschwerde S. 1), geht er fehl. Im besagten Bericht ist nirgends die Rede von einer Schädigung der Ulna durch den Unfall vom 4. Februar 2015, sondern einzig von einer Ulnaverkürzungs-Osteotomie, die wegen einer Malunion einer Radiuschaftfraktur als Kind durchgeführt worden sei. Ferner macht der Beschwerdeführer geltend, er habe vor dem Unfall nie Probleme mit dem rechten Arm gehabt, obschon er 18 Monate unter sehr harten Umständen Militärdienst in Zypern absolviert und in Deutschland sowie in der Schweiz in körperlich schweren Tätigkeiten (u.a. Baubranche, Garten- und Gerüstbau) gearbeitet habe. Dies wäre "mit einem kaputten Handgelenk" nicht möglich gewesen (Beschwerde S. 2). Mit seiner Argumentation beruft sich der Beschwerdeführer auf die beweismässig unzulässige Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Hierzu hat der Kreisarzt im Bericht vom 21. September 2017 (act. II 145) überdies nachvollziehbar dargelegt, dass die im Kindesalter stattgehabte Fraktur des Radiuschafts und die daraus resultierende Ulna-Überlänge den mechanischen Druck erhöht habe, was "im Laufe der Zeit" zur Degeneration des TFCC geführt habe, mithin die Situation lange Zeit asymptomatisch geblieben sei, d.h. ohne für den Beschwerdeführer erkennbare Symptome bzw. Einschränkungen. In die gleiche Richtung zielt die Argumentation der Dr. med. D. _____ im Bericht vom 6. April 2018 (act. II 163 S. 10 Ziff. 2 [vgl. E. 3.10 hiervor]). Somit ist die jahrelange schwere Tätigkeit bzw. der Militärdienst mit der medizinischen Beurteilung der Suva-Ärzte ohne weiteres vereinbar.

Soweit der Beschwerdeführer in der Eingabe vom 20. September 2018 (in den Gerichtsakten, S. 2) geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe ihn im Frühling 2016 im Spital H. _____ für eine Operation bzw. eine Prothesen-Implantation angemeldet und er sich damit sinngemäss auf den Vertrauensschutz beruft, ist folgendes festzustellen: Im Schreiben vom 18. Mai 2016, adressiert an das H. _____, erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für eine geplante Dekompression des Nervus radialis, die Kostenübernahme für die Implantation einer Shaker-Prothese lehnte sie hingegen ab (act. II 108). Der geplante chirurgische Eingriff fand in der Folge nicht im H. _____ (act. II 112), sondern erst am 28. August 2018 im Spital I. _____ (act. IA 1) und damit nach Erlass des hier angefochtenen Entscheids statt. Da der Beschwerdeführer vor der verfügten Leistungseinstellung keine Dispositionen getroffen hat, die nicht ohne Nachteil rückgängig gemacht werden könnten, ist der Berufung auf den Vertrauensschutz von vornherein kein Erfolg beschieden (vgl. BGE 131 V 472 E. 5 S. 480, 143 V 341 E. 5.2.1 S. 346).

3.4 Da der status quo sine vel ante nach der beweiskräftigen Beurteilung des Kreisarztes sowie von Dr. med. D. _____ spätestens per 31. März 2015 erreicht war, hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Oktober 2015 eingestellt und den Anspruch auf weitere Leistungen verneint. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. April 2018 (act. II 164) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Suva (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. September 2018)
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.