



**Fall-Nr.:** UV 2009/20  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.04.2020  
**Entscheiddatum:** 23.03.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.03.2010**

**Art. 3 ATSG. Art. 9 UVG. Abklärung des Vorliegens einer Berufskrankheit im Fall einer Versicherten, bei welcher anlässlich ihrer beruflichen Tätigkeit als Dentalhygienikerin Armbeschwerden auftraten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2010, UV 2009/20). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_323/2010**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 23. März 2010

in Sachen

M.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Christian Grand, Oberer Graben 26,  
9000 St. Gallen,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a M.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war als Mitarbeiterin in der Praxis von Dr. med. dent. A.\_\_\_\_ berufstätig und dadurch bei der Genfer Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Genfer Versicherungen; heute: Zürich Versicherungs-Gesellschaft, nachfolgend: Zürich) unfallversichert, als ihr Arbeitgeber am 10. März 1993 einen sie betreffenden Unfall vom 7. März 1993 mit der folgenden Sachverhaltsschilderung meldete: "Als ich beim Tennisspielen einen Ball holen wollte, bin ich ausgerutscht und zu Boden gefallen. Ich prallte mit dem ganzen Körpergewicht auf den rechten Unterarm. Dabei verletzte ich die Sehnen des Ellbogens". Als Art der Schädigung wurde eine Sehnenentzündung vermerkt (UV-act. k1). Die medizinische Erstabklärung in der Chirurgie St. Leonhard, St. Gallen, ergab die Diagnose einer beginnenden Tendovaginitis (UV-act. m1). Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt für Physikalische Medizin FMH, bescheinigte ab 8. März 1993 eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. m12). Nachdem die Genfer Versicherungen ihre Leistungspflicht vorerst anerkannt hatten (UV-act. k4), verneinten sie nach Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen (UV-act. m15) mit Schreiben vom 16. November 1993 und 22. März 1994 das Vorliegen einer Berufskrankheit (UV-act. k7, k12).

A.b Am 11. Oktober 1994 meldete die Versicherte den Genfer Versicherungen einen Auffahrunfall vom 3. Oktober 1994 (UV-act. k24). Nach einer Erstbehandlung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ (UV-act. m30, zm29) wurde im Bericht des Schweizer Paraplegiker-Zentrums, Nottwil, vom 20. Oktober 1994 die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas gestellt (UV-act. m27, m31). Die Genfer Versicherungen anerkannten ihre Leistungspflicht für dieses Ereignis (UV-act. k28). Nach Vornahme von Abklärungen eröffneten sie der Versicherten am 20. Mai 1996 verfügungsweise die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 1. Mai 1996. Zur Begründung wurde ausgeführt, es liege keine Berufskrankheit vor, und es fehle im Weiteren an der natürlichen Kausalität zwischen den bestehenden Beschwerden und dem Auffahrunfall vom 3. Oktober 1994 (UV-act. k83). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte Einsprache (UV-act. k88, k95, k97, k99, k101). Nach Verfügungserlass wurden weitere medizinische Abklärungen vorgenommen (UV-act. m49, m50, m52, m54, m55). Gemäss Mitteilung vom 16.



## St.Galler Gerichte

September 1997 stellte die Invalidenversicherung bei der Versicherten einen Invaliditätsgrad von 100 % ab 15. März 1994 und einen solchen von 50 % ab 1. Juli 1995 fest (UV-act. k137; vgl. auch UV-act. k162).

A.c Am 3. April 2000 erlitt die Versicherte einen weiteren Auffahrunfall, für welchen die Genfer Versicherungen bzw. die Zürich nicht mehr zuständig waren (UV-act. k163), nachdem die Versicherte zwischenzeitlich einen neuen Arbeitsvertrag mit einem Pensum von 50 % eingegangen war (vgl. UV-act. k59, k161, k164, k185 Beilagen, k196 S. 2). Im Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Basel, wurden in den Jahren 2003 und 2007 Begutachtungen durchgeführt (UV-act. m57, m58). Mit Schreiben vom 7. Juni 2006 hatte die Zürich der Versicherten rückwirkend eine Korrektur-Taggeldabrechnung auf der Basis einer durchgehenden Arbeitsfähigkeit von 50 % unterbreitet. Auf die Rückforderung zuviel ausgerichteter Leistungen werde verzichtet. Hingegen würden die Leistungen auf den 31. Mai 2006 eingestellt (UV-act. k187). Mit Schreiben vom 19. Dezember 2007 schlug die Zürich dem Rechtsvertreter der Versicherten eine erneute Begutachtung vor. Diesbezüglich kam jedoch zwischen den Parteien keine Einigung zustande (UV-act. k192f). Am 21. Mai 2008 erhob der Rechtsvertreter der Versicherten eine Rechtsverzögerungsbeschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (UV-act. k198). Mit Entscheid vom 24. Juli 2008 schrieb das Gericht das Verfahren als gegenstandslos ab, da die Zürich zwischenzeitlich eine arbeitsmedizinische Abklärung bei der Suva veranlasst hatte (UV-act. k207). Nach Vorliegen der entsprechenden Abklärungsergebnisse (UV-act. m59, m60) und Einräumung des rechtlichen Gehörs (vgl. UV-act. k209f, k217f, k221, k222) stellte die Zürich dem Rechtsvertreter der Versicherten mit Schreiben vom 11. November 2008 in Aussicht, dass das Vorliegen einer Berufskrankheit rückwirkend auf das Datum der Verfügung vom 20. Mai 1996 verneint werde (UV-act. k217). Mit Einspracheentscheid vom 29. Januar 2009 wies die Zürich die Einsprache (gegen die Verfügung vom 20. Mai 1996) ab.

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwalt Dr. Ch. Grand, St. Gallen, für die Versicherte mit Eingabe vom 18. Februar 2009 Beschwerde mit den Anträgen, der Entscheid sei aufzuheben; die Beklagte sei zu verpflichten, ab 1. Juni 2006



monatliche Taggeldzahlungen in gleicher Höhe wie früher zuzüglich etwaige Teuerungszulagen nebst 5 % Zins ab jeweiliger Fälligkeit zu bezahlen, unter Kostenfolge. Zur Begründung hielt der Rechtsvertreter unter anderem fest, die Beschwerdeführerin leide seit vielen Jahren an einer chronischen Epicondylitis am rechten Arm, die auf ihre berufliche Tätigkeit als Dentalhygienikerin zurückzuführen sei. Bis Ende Mai 2006 seien ihr die vertraglich zugesicherten Taggelder nach Massgabe der ärztlich festgestellten Erwerbsfähigkeit ausbezahlt worden. Mit Wirkung ab 1. Juni 2006 habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen ohne Begründung eingestellt. Streitig sei ausschliesslich die Frage, ob die chronische Epicondylitis der Klägerin als Berufskrankheit zu gelten habe oder nicht. Wohl hätten die Genfer-Versicherungen eine Berufskrankheit nie explizit anerkannt. Jedoch seien die Taggelder während zehn Jahren vorbehaltlos bezahlt worden. Demzufolge müsse die Kontroverse zwangsläufig als *res iudicata* bezeichnet werden. Solange die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeite, könne sie ihren Beruf als Dentalhygienikerin ausüben. Versuche sie indessen, ihr Pensum zu erhöhen, werde der Arm blau, die Hand kraftlos, die Schmerzen unerträglich. Die Beklagte berufe sich auf die Suva, die unentwegt behaupte, die Epicondylitis sei gewissermassen *per definitionem* keine Berufskrankheit. Für die obersten Richter sei es keineswegs ausgeschlossen, dass eine Epicondylitis als Berufskrankheit anerkannt werde. Dabei seien die konkreten Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Die Beschwerden, die die Beschwerdeführerin in jungen Jahren erlitten habe, seien im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Dentalhygienikerin aufgetreten. Sollte das Gericht wider Erwarten nicht vom Standpunkt der Beschwerdeführerin überzeugt sein, stelle sich die Frage, wie es weiter gehen solle. Die Klägerin zweifle daran, dass eine weitere arbeitsmedizinische Expertise wesentliche neue Erkenntnisse bringen werde. Die Einholung eines solchen Gutachtens werde demzufolge lediglich als Eventualantrag postuliert. Seit Mai 2006 habe die Beschwerdegegnerin mit Ausnahme einer Akontozahlung von Fr. 15'000.-- nichts mehr bezahlt. Es stelle sich die Frage, warum nicht bereits 2006 ein arbeitsmedizinisches Gutachten in Auftrag gegeben worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe dies erst getan, als sie dazu (mit Rechtsverzögerungsbeschwerde) gezwungen worden sei. Für die Beschwerdeführerin seien die letzten Jahre zermürend gewesen. Der anwaltliche Aufwand sei enorm gewesen. Diesen Umständen sei bei der Regelung der Kostenfrage Rechnung zu tragen.



B.b In der Beschwerdeantwort vom 26. März 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, die rechtsseitigen Armbeschwerden der Beschwerdeführerin seien durch die früheren Genfer Versicherungen vor Verfügungserlass sehr sorgfältig abgeklärt worden. Die Beschwerdegegnerin habe sodann hinsichtlich der diagnostizierten Epicondylitis die von der Rechtsprechung verlangte Einzelfallabklärung vorgenommen. Ein qualifizierter Kausalzusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin und den letztlich diffus gebliebenen Armbeschwerden rechts sei nicht rechtsgenügend erstellt. Die Folgen der Beweislosigkeit habe die Beschwerdeführerin zu tragen. Das vorliegende Einspracheverfahren habe zwölf Jahre gedauert. Diese unüblich lange Verfahrensdauer habe der Beschwerdeführerin jedoch nie zum Nachteil gereicht. Sie habe über die ganzen Jahre Akontoleistungen unter dem Titel Taggeld bezogen. Bedenke man, dass allfällige (Dauer-)Leistungen bei zeitgerechter Behandlung und Gutheissung der Einsprache infolge Erreichens des Endzustandes und angesichts der ausgewiesenen 80 %igen Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit massiv tiefer ausgefallen wären, gereiche die lange Verfahrensdauer der Beschwerdeführerin gar zum Vorteil. Aus der Leistungsausrichtung nach Verfügungserlass könne die Beschwerdeführerin keine Rechte für die Zukunft ableiten.

B.c Mit Replik vom 28. April 2009 (act. G 8; mit weiteren Akten) und Duplik vom 8. Mai 2009 (act. G 12) hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest.

Erwägungen:

1.

Streitig ist vorliegend ausschliesslich, ob hinsichtlich der gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin im rechten Arm eine Berufskrankheit zu bejahen ist (vgl. dazu act. G 1 S. 4). Allfällige Folgen der erlittenen Unfälle 1993 und 1994 stehen nicht zur Diskussion bzw. werden von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Für eine ganzheitliche Würdigung erscheint es dennoch sachgerecht, den komplexen medizinischen Sachverhalt umfassend darzulegen (vgl. nachstehend Erw. 2). - Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 ATSG, SR 830.1), die bei der beruflichen



Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 UVG). Nach der Rechtsprechung müssen der schädigende Listenstoff oder die krankmachende Arbeit im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Anteil von mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 Erw. 2a). Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch 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 worden ist (BGE 119 V 201 Erw. 2b).

2.

2.1 Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin, stellte bei der Beschwerdeführerin im Bericht vom 14. April 1993 nach einer angiographischen Untersuchung ein Schulterkompressionsphänomen und einen Verdacht auf Sudecksche Dystrophie fest (UV-act. m4). Am 4. Mai 1993 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Neurologie FMH, über eine regrediente Algodystrophie der rechten oberen Extremität als Folge überlastungsbedingter Tendomyalgien (UV-act. m6). In einer ersten Stellungnahme 17. Juni 1993 bejahte der beratende Arzt der früheren Genfer Versicherungen, Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Chirurgie FMH, bezüglich der Diagnose einer Tendinitis bzw. Tendovaginitis das Vorliegen einer Berufskrankheit (UV-act. m8). Gestützt auf ergänzende Abklärungen gelangte der Arzt jedoch im Bericht vom 29. Oktober 1993 zu einem gegenteiligen Schluss. Aufgrund der spezialärztlichen Berichte liege keine genaue Diagnose der Vorderarm-Handrückenstauung vor. Man habe dann eine Algodystrophie angenommen. Bewiesen sei diese Diagnose in keiner Weise. Der Nachweis eines doppelseitigen costoclaviculären Kompressionssyndroms sei weit ausreichende Ursache dafür, dass das berufsbedingte Ursachenbündel von 75 % nicht erreicht werde. Das costoclaviculäre Syndrom spiele im ganzen Krankheitsgeschehen eindeutig eine grössere Rolle als 25 % (UV-act. m15). Am 13. Januar 1994 wurde auch von Seiten des Röntgeninstituts G.\_\_\_\_ ein mehrdeutiger Befund im rechten Ellbogengelenk bescheinigt (UV-act. m16). Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH für Innere Medizin, kam im Bericht vom 14. Februar 1994 zum Schluss, die Schwellungen und Hämatome seien rein artifiziell bzw. selbst zugefügt; es liege ein klassisches Münchhausen-



Syndrom vor (UV-act. m18). Im Gutachten vom 7. März 1994 diagnostizierte auch Dr. F.\_\_\_\_ gestützt auf eine Untersuchung der Beschwerdeführerin und nach eingehender Diskussion möglicher Differentialdiagnosen ein Münchhausen-Syndrom. Zur Begründung führte er unter anderem aus, die Beschwerdeführerin könne durchaus an einer Tendomyose, an einer Insertionstendinopathie oder an einer Fibromyalgie im Bereich des rechten Armes gelitten haben. Sekundär sei es zu einem Münchhausen-Syndrom gekommen. Der Beruf (Dentalhygienikerin) spiele initial eine gewisse Rolle, aber nicht zu 75 %. Es sei durchaus bekannt, dass Tendomyopathien vorwiegend psychogen entstehen und im Prinzip eine psychosomatische Krankheit darstellen würden. Hinzu komme dann sekundär das Münchhausen-Syndrom aus irgendwelchen Gründen bei gestörter Persönlichkeitsstruktur (UV-act. m19). Mit Schreiben vom 7. Juli 1994 bejahte Dr. med. I.\_\_\_\_, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, das Vorliegen einer Berufskrankheit. Mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als Dentalhygienikerin oder in einem anderen Beruf, in dem die Arme stark beansprucht würden, sei nicht zu rechnen (UV-act. m23; vgl. auch UV-act. m51). Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialärztin für Neurologie FMH, verneinte demgegenüber im Bericht vom 8. Juli 1994 das Vorliegen einer Berufskrankheit. Es sei unmöglich, von einer solchen zu sprechen, da überhaupt eine genaue Diagnose fehle (UV-act. m24). Auch Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt für Handchirurgie, schloss das Bestehen einer Berufskrankheit in der Stellungnahme vom 29. September 1994 aus mit dem Hinweis, dass nur eine vage Diagnose ("brachialgie de l'avant-bras droit d'origine indéterminée avec oedème récidivant et suspicion de syndrome de Münchhausen, en présence d'un syndrom de compression du défilé thoracique bilatéral préexistant") formuliert werden könne (UV-act. m25). Seinen im Gutachten vom 7. März 1994 dargelegten Standpunkt bestätigte Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Januar 1996; dies wiederum mit dem Hinweis, dass berufsfremde Faktoren im Umfang von mehr als 25 % eine Rolle spielen würden (UV-act. m41).

2.2 Betreffend die Folgen des Auffahrungsfalls 1994 hatten Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ und Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologische Klinik am Universitätsspital Zürich, im Gutachten vom 29. Mai 1995 ein leichtes Schleudertrauma nach Auffahrungsfall mit leichtem Zervikalsyndrom ohne neurologische Ausfälle, ein chronisches tendomyotisches Schmerzsyndrom des rechten Armes sowie ein leichtes linksbetontes vaskuläres Thoracic-outlet-Syndrom bei Verdacht auf artifiziell bedingte Komplikationen



(Münchhausen) diagnostiziert. Den Status quo ante erachteten die Gutachter - bis auf die iatrogene Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus occipitalis major rechts - als wieder erreicht. Sie empfahlen den Beizug eines Psychosomatikers und die schrittweise Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit (UV-act. m35). Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum berichtete am 27. Juni 1995 über eine Verbesserung im HWS-Bereich. Hinsichtlich des Vorderarms sei der Status quo ante erreicht (UV-act. m38). Seit 1. Juli 1995 arbeitete die Beschwerdeführerin zu 50 % als Dentalhygienikerin in einer Zahnarztpraxis (UV-act. k59). Im psychiatrischen Gutachten vom 13. November 1995 diagnostizierte Dr. med. O.\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung geringer Ausprägung. Diese Störung habe bereits vor dem Auffahrunfall im Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom des rechten Armes bestanden. Der Gutachter verneinte eine natürliche Kausalität zwischen Autounfall und psychischer Störung. Trotz der somatoformen Schmerzstörung sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit wieder werde erreichen können. Dieser Arzt sah keinen Anlass, eine Artefaktkrankheit zu diagnostizieren (UV-act. m39). Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stimmte am 19. März 1996 diesem Begutachtungsergebnis zu (UV-act. UV-act. m45). Am 24. Januar 1996 hatte die Beschwerdeführerin mitgeteilt, sie habe eine Buchhalter-Ausbildung begonnen, da sie (nach deren Abschluss) zu 100 % arbeiten wolle. Sie könne neben dem Studium zu 50 % arbeiten; die verbleibenden 50 % stunden für die Ausbildung zur Verfügung (UV-act. k79). Die Behandlung im Schweizer Paraplegiker-Zentrum richtete sich gemäss Bericht vom 6. Mai 1996 auf das Schmerzsyndrom im Vorderarm rechts, wobei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bescheinigt wurde (UV-act. m46-m48). Im Bericht vom 25. Juni 1996 bejahte der Handchirurg Dr. med. Q.\_\_\_\_ das Vorliegen einer Berufskrankheit mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin am Morgen oder an Feiertagen keine Schmerzen von Bedeutung habe, womit die Schmerzen voll auf die Ausübung des Berufs zurückzuführen seien. Als Diagnosen führte der Arzt eine Neuralgie des radialis Nervs am Ellbogen rechts, beruflich bedingt, eine Zervikalgie primärer (Status Schleudertrauma) und sekundärer Natur (Kettensymptomatik), eine Ansatz tendonopathie der Muskulatur radialeseits am Ellbogen rechts, beruflich bedingt, und eine Epikondyalgie ulnarseits am Ellbogen rechts auf (UV-act. m49). Die Neurologin Dr. J.\_\_\_\_ hielt nach Vorlage des Berichts von Dr. Q.\_\_\_\_ am 10. Juli 1996 an ihrem Standpunkt, wonach eine Berufskrankheit zu verneinen sei, fest. Es sei



einleuchtend, dass Beschwerden am rechten Arm durch eine Tätigkeit als Dentalhygienikerin verschlimmert werden könnten. Dies berechtige jedoch nicht ohne weiteres, von einer Berufskrankheit zu sprechen (UV-act. m50). Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Innere Medizin, Kantonales Spital Heiden, diskutierte in den Schreiben vom 2. und vom 25. September 1996 ein Syndrom der oberen Thoraxaperatur (Thoracic-outlet-Syndrom) sowie das Vorliegen einer "wie auch immer gearteten" Stenose bzw. einer arteriellen Durchblutungsstörung. Betreffend Berufsbedingtheit des Leidens kam er zum Schluss, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bei der Arbeit kein Ultraschallgerät benütze und dadurch eine höhere Kraftanspannung nötig sei, sei er nicht so sicher, ob nicht doch eine Entschädigungspflicht der Genfer-Versicherungen gegeben sei (UV-act. m52, m54). Dr. med. S.\_\_\_\_, Chirurgie FMH, diagnostizierte anlässlich seiner Untersuchung vom 13. November 1996 unklare Armbeschwerden rechts ohne costoclavikuläre Kompression der Gefässe. Die Unfallkausalität könne von ihm nicht beantwortet werden (UV-act. m55).

2.3 Am 30. Januar 2003 erstattete das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Basel, zuhanden der Winterthur Versicherungen ein Gutachten. Die Beschwerdeführerin bestätigte gegenüber den Gutachtern, dass sie seit 1995 zu 50 % berufstätig sei. Im Jahr 1993 seien (gemäss ihren eigenen Angaben wegen 120 % Überzeit) ein Zervikalsyndrom und Parästhesien im rechten Arm aufgetreten. Sie nehme (ausser bei einem Migräneanfall) keine Medikamente. Die Physiotherapie habe sie sistiert; sie erfahre dadurch keine weitere Besserung (UV-act. m57 S. 20-23). Die Gutachter diagnostizierten einen Status nach zweimaligen Distorsionstraumen der HWS mit möglicher commotio cerebri am 3. April 2000, persistierendem zervikocephalem Schmerzsyndrom ohne radikuläre Irritations- oder Ausfallsymptomatik und ohne somatisch objektivierbare Symptome, eine somatoforme Störung, histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge, migräne Kopfschmerzen seit Kindheit, einen Status nach längerdauernden Armschmerzen rechts unklarer Ätiologie mit Thermoausschaltung des Nervus occipitalis major beidseits 1994 mit persistierendem sensiblem Ausfallsyndrom im entsprechenden Hautareal sowie einen Status nach Neurolyse oder Neurektomie des Nervus saphenus rechts auf Kniegelenkshöhe medial zirka 1985 mit persistierendem Ausfallsyndrom im Innervationsareal des Nervus saphenus rechts. Die Gutachter hielten unter anderem fest, es lägen auf der



somatischen Ebene keine überwiegend wahrscheinlichen Folgen des Unfalls vom 7. März 1993 mehr vor. Da sich heute im somatischen Bereich keine relevanten Befunde erheben lassen würden, sei eine Abgrenzung der Unfallereignisse (vom 7. März 1993, vom 3. Oktober 1994 und vom 3. April 2000) nicht möglich. Der Status quo ante bzw. Status quo sine sei erreicht. Somatisch könne keine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Dentalhygienikerin oder einer anderen zumutbare Tätigkeit begründet werden. Behandlungsversuche hätten keine Besserung erbracht; da rein somatisch ein Substrat zu den geklagten Beschwerden fehle, sei auch eine somatische Behandlung nicht vorzuschlagen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe eine psychosomatische Entwicklung. Die Beschwerdeführerin habe alle Unfälle psychisch bzw. psychosomatisch in einer sehr prolongierten und auffälligen Art verarbeitet. Es habe eine Persistenz von Symptomen seit dem ersten Unfall von 1993 bestanden, bei denen immer wieder von verschiedenen Ärzten darauf hingewiesen worden sei, dass eine organische Erklärung der Symptomatik nicht möglich sei und wahrscheinlich eine psychosomatische Problematik vorliege. Dieser Entwicklung müsse ein gewisser Krankheitswert zugesprochen werden. Insgesamt werde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 20 % geschätzt. Wünschenswert wäre eine psychotherapeutische Betreuung. Allerdings erlebe die Beschwerdeführerin ihre Problematik auf somatischer Ebene, so dass dieser Schritt schwierig zu vollziehen sein werde. Die Beschwerdeführerin fühle sich höchstens zu 50 % arbeitsfähig (UV-act. m57 S. 39-51).

2.4 Im Frühjahr 2007 erfolgte eine weitere Begutachtung im ZMB, diesmal im Auftrag der IV. Im Gutachten vom 16. August 2007 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische laterale Epicondylitis rechts, ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach zweimaligem Autounfall, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts, ein Verdacht auf Radialtunnelsyndrom rechts, Narbenschmerzen Unterschenkel rechts medial bei Status nach Kompartementspaltung 10/2005 bei Phlegmonen sowie eine somatoforme Störung und Migräne mit Aura aufgeführt. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde unter anderem eine Sensibilitätsstörung occipital nach Thermokoagulation des Nervus occipitalis major beidseits 1994 angeführt. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Dentalhygienikerin werde heute nach wie vor und vor allem aufgrund der chronischen Epicondylitis im Bereich des rechten Ellbogens und



die mit der Zwangshaltung der HWS verbundene Schmerzhaftigkeit eingeschränkt. Die seit 1995 bis heute ausgeübte 50 %-Tätigkeit der Beschwerdeführerin in diesem Beruf sei als adäquat anzusehen; eine höhere Arbeitsfähigkeit bestehe hier nicht. Die übrigen diagnostizierten somatischen wie auch psychischen Leiden hätten hier einen untergeordneten Einfluss. Medizinische Massnahmen, welche zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führen würden, könnten heute nicht angegeben werden. In Anbetracht der langjährigen Pathologie werde die Chance einer effektiven Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund operativer Massnahmen als sehr gering eingeschätzt. Im Bereich des rechten Unterschenkels seien Abklärungen bezüglich operativer Massnahmen noch hängig. Eine hier durchgeführte operative Massnahme solle eine deutliche Besserung der heute bestehenden Schmerzen bringen. Neben der heute ausgeübten Tätigkeit werde die Beschwerdeführerin in einer erweiterten Tätigkeit (Lehr- oder Schulungstätigkeit im angestammten Beruf) als insgesamt zu mindestens 80 % arbeitsfähig erachtet (UV-act. m58).

2.5 Suva-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, klärte im Auftrag der Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer Berufskrankheit bezüglich der vom ZMB gestellten Diagnosen betreffend Armbeschwerden rechts ab. In der Beurteilung vom 11. September 2008 kam er mit ausführlicher Begründung zum Schluss, dass sowohl bezüglich der chronischen Epicondylitis radialis humeri rechts als auch bezüglich des Radialistunnelsyndroms und des Karpaltunnelsyndroms rechts keine Berufskrankheit vorliege. Die Ursache der Epicondylitis sei multifaktoriell, wobei die Überanstrengung der Streckmuskulatur am radialen Epicondylus lediglich eine Facette des Problems darstelle. Der "Tennisellbogen" entspreche dem degenerativen Prozess, der am häufigsten im 4. und 5. Lebensdezennium symptomatisch werde, wobei sich die Beschwerden durch bestimmte Tätigkeiten, aber auch ohne ersichtlichen Grund, bemerkbar machen könnten. Es lasse sich kein Hinweis dafür finden, dass Dentalhygienikerinnen besonders oft an Epicondylitis erkranken würden. Bezüglich des (lediglich vermuteten) Radialistunnelsyndroms führte Dr. T.\_\_\_\_ aus, der Überblick zur Diagnostik und Symptomatik zeige einerseits, dass eine anatomische Normvariante das Auftreten der Neuropathie sehr oft begünstige, und falls eine berufliche Verursachung postuliert werden sollte, diese mit gehäuften Pro- und Supinationsbewegungen des Vorderarms einhergehen müsste, was bei der Tätigkeit



einer Dentalhygienikerin nicht zutreffe. Eine Berufskrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG (Kompressionsneuropathien von Nerven) liege nicht vor. Im Weiteren sei ein deutliches Überwiegen des Karpaltunnelsyndroms bei Dentalhygienikerinnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht erwiesen (UV-act. m59). Im Bericht vom 29. Oktober 2008 nahm Dr. T.\_\_\_\_ ergänzend Stellung (UV-act. m60). Im Schreiben vom 18. November 2008 hielt Dr. T.\_\_\_\_ auf einen Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin fest, er habe vom Bericht des Handchirurgen Dr. Q.\_\_\_\_ vom 25. Juni 1996 Kenntnis genommen. Seine Behauptung, wonach die damals geschilderten Beschwerden allesamt berufsbedingt gewesen seien, habe Dr. Q.\_\_\_\_ nicht begründet (UV-act. k222).

3.

3.1 Aufgrund der dargelegten medizinischen Akten kann als erstellt gelten, dass die bei der Beschwerdeführerin bestehenden gesundheitlichen Probleme im rechten Arm bzw. die Vielzahl der in diesem Zusammenhang im Verlauf der Jahre ab 1993 (zum Teil vermutungsweise) gestellten Diagnosen nicht unter eine Listenkrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG und des entsprechenden Anhangs 1 zur UVV (Art. 14 UVV) subsumiert werden können. Abzuklären ist demgemäss, ob die gesundheitlichen Probleme unter Art. 9 Abs. 2 UVG einzuordnen sind. Gemäss BGE 117 V 354 Erw. 4c findet bei Art. 9 Abs. 2 UVG keine Beschränkung der gefährdenden Stoffe oder Krankheiten statt. Grundsätzlich ist jede Einwirkung am Arbeitsplatz als Ursache für eine Berufskrankheit anerkannt, unter der Bedingung, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Krankheit "stark überwiegend" ist, d.h. wenn der Verursachungsanteil der Berufsarbeit an einer Krankheit - wie bereits erwähnt (vorne Erw. 1) - mindestens 75% beträgt, und dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (BGE 114 V 109; 116 V 142 Erw. 5a; 119 V 200 Erw. 2b). Nach der Rechtsprechung stellt die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 2 UVG primär eine Beweisfrage im Einzelfall dar. Wenn aber auf Grund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür besteht, dass eine berufsbedingte Genese eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann, schliesst dies den Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG im Einzelfall aus (BGE 126 V 183 Erw. 4c). Sofern mit anderen Worten der Nachweis eines qualifizierten (Anteil von mindestens



75%) Kausalzusammenhangs nach der medizinischen Empirie allgemein nicht geleistet werden kann (z.B. wegen der weiten Verbreitung einer Krankheit in der Bevölkerung, welche es ausschliesst, dass eine versicherte Person zumindest viermal häufiger von einem Leiden betroffen ist als die Bevölkerung im Durchschnitt), scheidet die Anerkennung im Einzelfall aus (vgl. RKUV 1999, S. 106 Erw. 3 am Schluss). Sind andererseits die allgemeinen medizinischen Erkenntnisse mit dem gesetzlichen Erfordernis einer stark überwiegenden Verursachung des Leidens durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit vereinbar, besteht Raum für nähere Abklärungen zwecks Nachweises des qualifizierten Kausalzusammenhangs im Einzelfall (vgl. BGE 126 V 183 Erw. 4c mit Hinweisen).

3.2 Nachdem er vorerst eine Berufskrankheit bejaht hatte, verneinte Dr. F.\_\_\_\_ nach erneuter eingehender Prüfung der medizinisch mehrdeutigen Sachlage (vgl. UV-act. m4, m6, m15, m16, m18) eine solche im Gutachten vom 7. März 1994 (UV-act. m19). Dr. I.\_\_\_\_, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, kam zwar am 7. Juli 1994 zu einem gegenteiligen Schluss. Seinem Bericht lässt sich jedoch keine Begründung entnehmen, aufgrund derer die gesetzlichen Anforderungen des Art. 9 Abs. 2 UVG auch nur ansatzweise als erfüllt gelten könnten (UV-act. m23). Das Nichtvorliegen einer Berufskrankheit ergibt sich auch einlässlich aus den später erfolgten Stellungnahmen von Dr. J.\_\_\_\_ und insbesondere derjenigen von Dr. K.\_\_\_\_ (UV-act. m24, m41, m50). Offensichtlich nicht zureichend zum Nachweis einer Berufskrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG erscheint die Begründung von Dr. Q.\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Juni 1996, wonach die Beschwerdeführerin am Morgen oder an Feiertagen keine Schmerzen von Bedeutung habe, womit die Schmerzen voll auf die Ausübung des Berufs zurückzuführen seien (UV-act. m49). Eine weitergehendere Begründung kann bezüglich der hier streitigen Frage auch dem Schreiben von Dr. Q.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 nicht entnommen werden (act. G 1.1/19). Was die von ihm erwähnte Diagnose einer Irritation des Nervus. radialis betrifft, ist festzuhalten, dass Dr. Q.\_\_\_\_ nicht Neurologe ist. Die diesbezüglichen Feststellungen basierten denn auch nicht auf neurologischen Untersuchungen, sondern auf Beschwerdeangaben der Patientin (vgl. UV-act. m49 S. 1 und act. G 1.1/19). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass Dr. Q.\_\_\_\_ noch im Dezember 1999 hinsichtlich der Armbeschwerden die Differentialdiagnose eines Weichteilrheumas gestellt hatte (Bericht zitiert im ZMB-Gutachten 2003 [UV-act. m57] S. 11). Eine überwiegend wahrscheinlich berufsbedingte Verursachung im



Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG ist sodann auch aus den Berichten von Prof. R.\_\_\_\_ nicht ersichtlich, zumal dort eine solche sinngemäss lediglich vermutet wurde (UV-act. m52, m54). Von Bedeutung ist mit Blick auf die erwähnten Feststellungen von Dr. Q.\_\_\_\_ auch, dass die Neurologin PD Dr. med. U.\_\_\_\_, Chefärztin am Kantonsspital St. Gallen, im Bericht vom 20. November 2001 einen pathologischen Befund im Bereich der oberen Extremitäten verneinte (Bericht zitiert in ZMB-Gutachten 2003 S. 14f). Aufgrund der multifaktoriellen Genese des Leidens der Beschwerdeführerin mit einer Vielzahl von diskutierten bzw. in Betracht kommenden Diagnosen erscheint mit Blick auf die ausführlich begründeten Darlegungen von Dr. T.\_\_\_\_ - welche diejenigen von Dr. F.\_\_\_\_ im Ergebnis vollumfänglich bestätigten - eine (teilweise) berufsbedingte Verursachung bzw. Beeinflussung der Armschmerzen zwar denkbar bzw. möglich. Der Beweis einer stark überwiegenden Ursächlichkeit im erwähnten Sinn kann jedoch offensichtlich nicht als erbracht gelten. Im Übrigen wies Dr. F.\_\_\_\_ bereits am 7. März 1994 auf das - später anlässlich der ZMB-Begutachtungen bestätigte - Bestehen von psychosomatischen Faktoren und auf Aspekte der Persönlichkeitsstruktur hin (UV-act. m19), welche eine überwiegend berufliche Verursachung der Beschwerden jedenfalls nicht wahrscheinlicher machen. Die ZMB-Begutachtung 2003 ergab unter anderem die Diagnose von längerdauernden Armschmerzen rechts unklarer Ätiologie; die Gutachter konnten weder aus neurologischer noch aus orthopädischer Sicht erhebliche Befunde eruieren. Auf der somatischen Ebene verneinten sie das überwiegend wahrscheinliche Bestehen von gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 7. März 1993 und bejahten (soweit ersichtlich in Bezug auf die Unfallereignisse von 1993, 1994 und 2000) die Erreichung des Status quo sine bzw. ante (UV-act. m57 S. 39ff).

3.3 Dem vom Rechtsvertreter eingereichten Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2008: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) vom 17. September 2004 [U 341/03 = SVR-UV 2005 Nr. 6, 17] lag ein Sachverhalt zugrunde, gemäss welchem eine Dentalhygienikerin dem Unfallversicherer nach 26jähriger Berufstätigkeit (1975-2001) eine Epicondylitis als Berufskrankheit melden liess. Die Angelegenheit wurde vom Gericht - nicht zuletzt mit Hinweis auf die wesentliche Expositionsdauer (vgl. Urteil, a.a.O., Erw. 3.3) - zur Durchführung einer arbeitsmedizinischen Abklärung an den Unfallversicherer zurückgewiesen (act. G 1.1/13). Im hier streitigen Fall liegt eine solche arbeitsmedizinische Abklärung bereits vor. Den ärztlichen Stellungnahmen von Dr. T.\_\_\_\_ liegen die von den ZMB-Gutachtern



im Jahr 2007 bezüglich der Armschmerzen rechts gestellten Diagnosen zugrunde, d.h. eine chronische laterale Epicondylitis, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts sowie ein Verdacht auf Radialtunnelsyndrom. Diese Diagnosen wurden im erwähnten Gutachten erstmals gestellt, nachdem die zuvor begutachtenden und behandelnden Ärzte neurologische Ursachen für das geltend gemachte Beschwerdebild verneint oder die Befunde als geringfügig bezeichnet hatten (vgl. UV-act. m6, m35, m57). Eine chronische Epicondylitis bestand somit im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids nicht schon seit vielen Jahren (vgl. act. G 1 S. 2 unten). Nach den schlüssigen Ausführungen von Dr. T.\_\_\_\_ handelt es sich beim Karpaltunnelsyndrom, welches sich nach Art. 9 Abs. 1 UVG (vgl. Anhang I zur UVV) beurteilt, um ein multifaktorielles Leiden, dessen Hauptursache meist nicht feststellbar ist und für welches ein deutliches Überwiegen im Beruf der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht erwiesen ist (UV-act. m59 S. 6ff). Für das Radialistunnelsyndrom, welches im Übrigen lediglich als Vermutungsdiagnose zur Diskussion steht, gilt Entsprechendes (UV-act. m59 S. 5f). Im Weiteren liegen bei der Beschwerdeführerin berufsfremde (psychische und durch die Schulterkompression bedingte) Faktoren vor. Hinsichtlich der Epicondylitis verneinte Dr. T.\_\_\_\_ im Rahmen einer Einzelfallprüfung eine Berufskrankheit gestützt auf Art. 9 Abs. 2 UVG mit einlässlicher und plausibler Begründung (UV-act. m59 S. 2-5). Im Bericht vom 29. Oktober 2008 wies Dr. T.\_\_\_\_ sodann darauf hin, dass für die 1993 von der Beschwerdeführerin geklagten Armschmerzen rechts etliche diagnostische Hypothesen entwickelt worden seien. Anlässlich der ZMB-Begutachtung sei ein Status nach länger dauernden Armschmerzen rechts unklarer Ätiologie aufgeführt worden; dies bei Fehlen von somatischen Befunden an der rechten oberen Extremität. Die Epicondylitis radialis müsse sich damit zwangsläufig nach 2003 entwickelt haben, wobei die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt sich in einem Alter befunden habe, in welchem sich die Epicondylitis bevorzugt manifestiere (UV-act. m60). Den bereits erwähnten Ausführungen von Dr. Q.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 (act. G 1.1/19) lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, aufgrund welcher diese Feststellungen in Zweifel zu ziehen wären. Solche ergeben sich auch nicht aus dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eingereichten Auszug aus der Schweiz. Monatsschrift Zahnmedizin 7/2008 (act. G 1.1/14).



3.4 Angesichts dieser Gegebenheiten kann nicht beanstandet werden, dass die Genfer-Versicherungen das Vorliegen einer Berufskrankheit am 20. Mai 1996 verfügungsweise verneinten. Von einer solchen konnte weder im damaligen Zeitpunkt noch im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 29. Januar 2009 ausgegangen werden. Was ihren Eventualantrag betrifft, vertritt auch die Beschwerdeführerin selbst nicht die Auffassung, dass eine erneute arbeitsmedizinische Abklärung zu weiteren Erkenntnissen führen würde. Im Übrigen ist explizit darauf hinzuweisen, dass mit diesem Ergebnis weder die ausgewiesenen erheblichen gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin (act. G 1.1/19, 1.1/20) im rechten Arm in Frage gestellt noch die Möglichkeit einer Beeinflussung der Beschwerden durch ihren Beruf in Abrede gestellt werden. Dies allein genügt jedoch wie dargelegt nicht für eine Bejahung der Voraussetzungen nach Art. 9 UVG.

4.

Am 20. Mai 1996 verfügten die Genfer-Versicherungen die Leistungseinstellung auf den 1. Mai 1996 (UV-act. k83). Trotzdem erbrachten sie weiterhin Taggeldleistungen (vgl. UV-act. k150f, k160, k168, k171, k174f, k178, k197). Den Leistungsübersichten kann entnommen werden, dass die Zahlungen ab 1996 als Akonto-Zahlungen "ohne Präjudiz" geleistet worden waren (act. G 5.1; UV-act. k144, k159, k206) und insofern ihr nicht definitiver Charakter zum Ausdruck kam. Eine "faktische Verfügung" von nicht rückwirkend anpassbaren Dauerleistungen bzw. eine diesbezügliche "res iudicata" (act. G 1 S. 5) lag damit nicht vor. Eine solche ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass die Genfer-Versicherungen die Taggelder zuweilen (wohl irrtümlich) als "Rente" (UV-act. k180, k191) bezeichneten, zumal nach Lage der Akten diese Art von Leistungen nie abgeklärt oder zugesprochen worden waren. Aus der Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin während Jahren Leistungen erbrachte, lässt sich nicht ableiten, dass ein Anspruch auch für die Zukunft ausgewiesen ist. Spätestens mit dem Vorliegen des Resultats der Abklärung von Dr. T. \_\_\_ war von einem Wiedererwägungsgrund (Art. 53 Abs. 2 ATSG) auszugehen. Die Beschwerdegegnerin stellte die Leistungen am 7. Juni 2006 zwar auf den 31. Mai 2006 ein (UV-act. k187), leistete später jedoch noch eine Akontozahlung von Fr. 15'000.-- und verzichtete auf eine Rückforderung (UV-act. k187 S. 2 unten; act. G 5 S. 7). Bei diesem Sachverhalt stellen sich - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält - keine



Vertrauensschutzfragen. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die Frage der Berufskrankheit nicht bereits in einem früheren Zeitpunkt abschliessend prüfte, kann nicht die Unmöglichkeit einer Leistungseinstellung zur Folge haben. Soweit der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Darlegungen im Zusammenhang mit der bereits früher beurteilten Rechtsverzögerungsbeschwerde macht (act. G 1 S. 10f), ist hierauf nicht mehr einzugehen.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 29. Januar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

**Art. 3 ATSG. Art. 9 UVG. Abklärung des Vorliegens einer Berufskrankheit im Fall einer Versicherten, bei welcher anlässlich ihrer beruflichen Tätigkeit als Dentalhygienikerin Armbeschwerden auftraten** (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2010, UV 2009/20).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 23. März 2010

in Sachen

M.\_\_\_\_,



## St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Christian Grand, Oberer Graben 26,  
9000 St. Gallen,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a M.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war als Mitarbeiterin in der Praxis von Dr. med. dent. A.\_\_\_\_ berufstätig und dadurch bei der Genfer Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Genfer Versicherungen; heute: Zürich Versicherungs-Gesellschaft, nachfolgend: Zürich) unfallversichert, als ihr Arbeitgeber am 10. März 1993 einen sie betreffenden Unfall vom 7. März 1993 mit der folgenden Sachverhaltsschilderung meldete: "Als ich beim Tennisspielen einen Ball holen wollte, bin ich ausgerutscht und zu Boden gefallen. Ich prallte mit dem ganzen Körpergewicht auf den rechten Unterarm. Dabei verletzte ich die Sehnen des Ellbogens". Als Art der Schädigung wurde eine Sehnenentzündung vermerkt (UV-act. k1). Die medizinische Erstabklärung in der Chirurgie St. Leonhard, St. Gallen, ergab die Diagnose einer beginnenden Tendovaginitis (UV-act. m1). Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt für Physikalische Medizin FMH, bescheinigte ab 8. März 1993 eine volle Arbeitsunfähigkeit (UV-act. m12). Nachdem die Genfer Versicherungen ihre Leistungspflicht vorerst anerkannt hatten (UV-act. k4), verneinten sie nach Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen (UV-act. m15) mit Schreiben vom 16. November 1993 und 22. März 1994 das Vorliegen einer Berufskrankheit (UV-act. k7, k12).



A.b Am 11. Oktober 1994 meldete die Versicherte den Genfer Versicherungen einen Auffahrunfall vom 3. Oktober 1994 (UV-act. k24). Nach einer Erstbehandlung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ (UV-act. m30, zm29) wurde im Bericht des Schweizer Paraplegiker-Zentrums, Nottwil, vom 20. Oktober 1994 die Diagnose eines HWS-Schleudertraumas gestellt (UV-act. m27, m31). Die Genfer Versicherungen anerkannten ihre Leistungspflicht für dieses Ereignis (UV-act. k28). Nach Vornahme von Abklärungen eröffneten sie der Versicherten am 20. Mai 1996 verfügungsweise die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 1. Mai 1996. Zur Begründung wurde ausgeführt, es liege keine Berufskrankheit vor, und es fehle im Weiteren an der natürlichen Kausalität zwischen den bestehenden Beschwerden und dem Auffahrunfall vom 3. Oktober 1994 (UV-act. k83). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte Einsprache (UV-act. k88, k95, k97, k99, k101). Nach Verfügungserlass wurden weitere medizinische Abklärungen vorgenommen (UV-act. m49, m50, m52, m54, m55). Gemäss Mitteilung vom 16. September 1997 stellte die Invalidenversicherung bei der Versicherten einen Invaliditätsgrad von 100 % ab 15. März 1994 und einen solchen von 50 % ab 1. Juli 1995 fest (UV-act. k137; vgl. auch UV-act. k162).

A.c Am 3. April 2000 erlitt die Versicherte einen weiteren Auffahrunfall, für welchen die Genfer Versicherungen bzw. die Zürich nicht mehr zuständig waren (UV-act. k163), nachdem die Versicherte zwischenzeitlich einen neuen Arbeitsvertrag mit einem Pensum von 50 % eingegangen war (vgl. UV-act. k59, k161, k164, k185 Beilagen, k196 S. 2). Im Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Basel, wurden in den Jahren 2003 und 2007 Begutachtungen durchgeführt (UV-act. m57, m58). Mit Schreiben vom 7. Juni 2006 hatte die Zürich der Versicherten rückwirkend eine Korrektur-Taggeldabrechnung auf der Basis einer durchgehenden Arbeitsfähigkeit von 50 % unterbreitet. Auf die Rückforderung zuviel ausgerichteter Leistungen werde verzichtet. Hingegen würden die Leistungen auf den 31. Mai 2006 eingestellt (UV-act. k187). Mit Schreiben vom 19. Dezember 2007 schlug die Zürich dem Rechtsvertreter der Versicherten eine erneute Begutachtung vor. Diesbezüglich kam jedoch zwischen den Parteien keine Einigung zustande (UV-act. k192f). Am 21. Mai 2008 erhob der Rechtsvertreter der Versicherten eine Rechtsverzögerungsbeschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (UV-act. k198). Mit Entscheid vom 24. Juli 2008 schrieb das Gericht das Verfahren als gegenstandslos ab, da die Zürich zwischenzeitlich eine arbeitsmedizinische Abklärung bei der Suva veranlasst hatte (UV-



act. k207). Nach Vorliegen der entsprechenden Abklärungsergebnisse (UV-act. m59, m60) und Einräumung des rechtlichen Gehörs (vgl. UV-act. k209f, k217f, k221, k222) stellte die Zürich dem Rechtsvertreter der Versicherten mit Schreiben vom 11. November 2008 in Aussicht, dass das Vorliegen einer Berufskrankheit rückwirkend auf das Datum der Verfügung vom 20. Mai 1996 verneint werde (UV-act. k217). Mit Einspracheentscheid vom 29. Januar 2009 wies die Zürich die Einsprache (gegen die Verfügung vom 20. Mai 1996) ab.

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwalt Dr. Ch. Grand, St. Gallen, für die Versicherte mit Eingabe vom 18. Februar 2009 Beschwerde mit den Anträgen, der Entscheid sei aufzuheben; die Beklagte sei zu verpflichten, ab 1. Juni 2006 monatliche Taggeldzahlungen in gleicher Höhe wie früher zuzüglich etwaige Teuerungszulagen nebst 5 % Zins ab jeweiliger Fälligkeit zu bezahlen, unter Kostenfolge. Zur Begründung hielt der Rechtsvertreter unter anderem fest, die Beschwerdeführerin leide seit vielen Jahren an einer chronischen Epicondylitis am rechten Arm, die auf ihre berufliche Tätigkeit als Dentalhygienikerin zurückzuführen sei. Bis Ende Mai 2006 seien ihr die vertraglich zugesicherten Taggelder nach Massgabe der ärztlich festgestellten Erwerbsfähigkeit ausbezahlt worden. Mit Wirkung ab 1. Juni 2006 habe die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen ohne Begründung eingestellt. Streitig sei ausschliesslich die Frage, ob die chronische Epicondylitis der Klägerin als Berufskrankheit zu gelten habe oder nicht. Wohl hätten die Genfer-Versicherungen eine Berufskrankheit nie explizit anerkannt. Jedoch seien die Taggelder während zehn Jahren vorbehaltlos bezahlt worden. Demzufolge müsse die Kontroverse zwangsläufig als *res iudicata* bezeichnet werden. Solange die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeite, könne sie ihren Beruf als Dentalhygienikerin ausüben. Versuche sie indessen, ihr Pensum zu erhöhen, werde der Arm blau, die Hand kraftlos, die Schmerzen unerträglich. Die Beklagte berufe sich auf die Suva, die unentwegt behaupte, die Epicondylitis sei gewissermassen *per definitionem* keine Berufskrankheit. Für die obersten Richter sei es keineswegs ausgeschlossen, dass eine Epicondylitis als Berufskrankheit anerkannt werde. Dabei seien die konkreten Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Die Beschwerden, die die Beschwerdeführerin in jungen Jahren erlitten habe, seien im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Dentalhygienikerin



aufgetreten. Sollte das Gericht wider Erwarten nicht vom Standpunkt der Beschwerdeführerin überzeugt sein, stelle sich die Frage, wie es weiter gehen solle. Die Klägerin zweifle daran, dass eine weitere arbeitsmedizinische Expertise wesentliche neue Erkenntnisse bringen werde. Die Einholung eines solchen Gutachtens werde demzufolge lediglich als Eventualantrag postuliert. Seit Mai 2006 habe die Beschwerdegegnerin mit Ausnahme einer Akontozahlung von Fr. 15'000.-- nichts mehr bezahlt. Es stelle sich die Frage, warum nicht bereits 2006 ein arbeitsmedizinisches Gutachten in Auftrag gegeben worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe dies erst getan, als sie dazu (mit Rechtsverzögerungsbeschwerde) gezwungen worden sei. Für die Beschwerdeführerin seien die letzten Jahre zermürend gewesen. Der anwaltliche Aufwand sei enorm gewesen. Diesen Umständen sei bei der Regelung der Kostenfrage Rechnung zu tragen.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 26. März 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, die rechtsseitigen Armbeschwerden der Beschwerdeführerin seien durch die früheren Genfer Versicherungen vor Verfügungserlass sehr sorgfältig abgeklärt worden. Die Beschwerdegegnerin habe sodann hinsichtlich der diagnostizierten Epicondylitis die von der Rechtsprechung verlangte Einzelfallabklärung vorgenommen. Ein qualifizierter Kausalzusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin und den letztlich diffus gebliebenen Armbeschwerden rechts sei nicht rechtsgenügend erstellt. Die Folgen der Beweislosigkeit habe die Beschwerdeführerin zu tragen. Das vorliegende Einspracheverfahren habe zwölf Jahre gedauert. Diese unüblich lange Verfahrensdauer habe der Beschwerdeführerin jedoch nie zum Nachteil gereicht. Sie habe über die ganzen Jahre Akontoleistungen unter dem Titel Taggeld bezogen. Bedenke man, dass allfällige (Dauer-)Leistungen bei zeitgerechter Behandlung und Gutheissung der Einsprache infolge Erreichens des Endzustandes und angesichts der ausgewiesenen 80 %igen Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit massiv tiefer ausgefallen wären, gereiche die lange Verfahrensdauer der Beschwerdeführerin gar zum Vorteil. Aus der Leistungsausrichtung nach Verfügungserlass könne die Beschwerdeführerin keine Rechte für die Zukunft ableiten.

B.c Mit Replik vom 28. April 2009 (act. G 8; mit weiteren Akten) und Duplik vom 8. Mai 2009 (act. G 12) hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest.



Erwägungen:

1.

Streitig ist vorliegend ausschliesslich, ob hinsichtlich der gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin im rechten Arm eine Berufskrankheit zu bejahen ist (vgl. dazu act. G 1 S. 4). Allfällige Folgen der erlittenen Unfälle 1993 und 1994 stehen nicht zur Diskussion bzw. werden von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Für eine ganzheitliche Würdigung erscheint es dennoch sachgerecht, den komplexen medizinischen Sachverhalt umfassend darzulegen (vgl. nachstehend Erw. 2). - Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 ATSG, SR 830.1), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 UVG). Nach der Rechtsprechung müssen der schädigende Listenstoff oder die krankmachende Arbeit im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Anteil von mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 Erw. 2a). Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG). Dies ist praxisgemäss der Fall, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 119 V 201 Erw. 2b).

2.

2.1 Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin, stellte bei der Beschwerdeführerin im Bericht vom 14. April 1993 nach einer angiographischen Untersuchung ein Schulterkompressionsphänomen und einen Verdacht auf Sudecksche Dystrophie fest (UV-act. m4). Am 4. Mai 1993 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Neurologie FMH, über eine regrediente Algodystrophie der rechten oberen Extremität als Folge überlastungsbedingter Tendomyalgien (UV-act. m6). In einer ersten Stellungnahme 17. Juni 1993 bejahte der beratende Arzt der früheren Genfer Versicherungen, Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Chirurgie FMH, bezüglich der Diagnose einer Tendinitis bzw. Tendovaginitis das Vorliegen einer Berufskrankheit (UV-act. m8). Gestützt auf ergänzende Abklärungen gelangte der Arzt jedoch im Bericht vom 29. Oktober 1993 zu



## St.Galler Gerichte

einem gegenteiligen Schluss. Aufgrund der spezialärztlichen Berichte liege keine genaue Diagnose der Vorderarm-Handrückenstauung vor. Man habe dann eine Algodystrophie angenommen. Bewiesen sei diese Diagnose in keiner Weise. Der Nachweis eines doppelseitigen costoclaviculären Kompressionssyndroms sei weit ausreichende Ursache dafür, dass das berufsbedingte Ursachenbündel von 75 % nicht erreicht werde. Das costoclaviculäre Syndrom spiele im ganzen Krankheitsgeschehen eindeutig eine grössere Rolle als 25 % (UV-act. m15). Am 13. Januar 1994 wurde auch von Seiten des Röntgeninstituts G.\_\_\_\_ ein mehrdeutiger Befund im rechten Ellbogengelenk bescheinigt (UV-act. m16). Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH für Innere Medizin, kam im Bericht vom 14. Februar 1994 zum Schluss, die Schwellungen und Hämatome seien rein artifiziell bzw. selbst zugefügt; es liege ein klassisches Münchhausen-Syndrom vor (UV-act. m18). Im Gutachten vom 7. März 1994 diagnostizierte auch Dr. F.\_\_\_\_ gestützt auf eine Untersuchung der Beschwerdeführerin und nach eingehender Diskussion möglicher Differentialdiagnosen ein Münchhausen-Syndrom. Zur Begründung führte er unter anderem aus, die Beschwerdeführerin könne durchaus an einer Tendomyose, an einer Insertionstendinopathie oder an einer Fibromyalgie im Bereich des rechten Armes gelitten haben. Sekundär sei es zu einem Münchhausen-Syndrom gekommen. Der Beruf (Dentalhygienikerin) spiele initial eine gewisse Rolle, aber nicht zu 75 %. Es sei durchaus bekannt, dass Tendomyopathien vorwiegend psychogen entstehen und im Prinzip eine psychosomatische Krankheit darstellen würden. Hinzu komme dann sekundär das Münchhausen-Syndrom aus irgendwelchen Gründen bei gestörter Persönlichkeitsstruktur (UV-act. m19). Mit Schreiben vom 7. Juli 1994 bejahte Dr. med. I.\_\_\_\_, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, das Vorliegen einer Berufskrankheit. Mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als Dentalhygienikerin oder in einem anderen Beruf, in dem die Arme stark beansprucht würden, sei nicht zu rechnen (UV-act. m23; vgl. auch UV-act. m51). Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialärztin für Neurologie FMH, verneinte demgegenüber im Bericht vom 8. Juli 1994 das Vorliegen einer Berufskrankheit. Es sei unmöglich, von einer solchen zu sprechen, da überhaupt eine genaue Diagnose fehle (UV-act. m24). Auch Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt für Handchirurgie, schloss das Bestehen einer Berufskrankheit in der Stellungnahme vom 29. September 1994 aus mit dem Hinweis, dass nur eine vage Diagnose ("brachialgie de l'avant-bras droit d'origine indéterminée avec oedème récidivant et suspicion de syndrome de Münchhausen, en présence d'un syndrom de



compression du défilé thoracique bilatéral préexistant") formuliert werden könne (UV-act. m25). Seinen im Gutachten vom 7. März 1994 dargelegten Standpunkt bestätigte Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Januar 1996; dies wiederum mit dem Hinweis, dass berufsfremde Faktoren im Umfang von mehr als 25 % eine Rolle spielen würden (UV-act. m41).

2.2 Betreffend die Folgen des Auffahrunfalls 1994 hatten Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ und Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologische Klinik am Universitätsspital Zürich, im Gutachten vom 29. Mai 1995 ein leichtes Schleudertrauma nach Auffahrunfall mit leichtem Zervikalsyndrom ohne neurologische Ausfälle, ein chronisches tendomyotisches Schmerzsyndrom des rechten Armes sowie ein leichtes linksbetontes vaskuläres Thoracic-outlet-Syndrom bei Verdacht auf artifiziell bedingte Komplikationen (Münchhausen) diagnostiziert. Den Status quo ante erachteten die Gutachter - bis auf die iatrogene Hypästhesie im Versorgungsgebiet des Nervus occipitalis major rechts - als wieder erreicht. Sie empfahlen den Beizug eines Psychosomatikers und die schrittweise Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit (UV-act. m35). Das Schweizer Paraplegiker-Zentrum berichtete am 27. Juni 1995 über eine Verbesserung im HWS-Bereich. Hinsichtlich des Vorderarms sei der Status quo ante erreicht (UV-act. m38). Seit 1. Juli 1995 arbeitete die Beschwerdeführerin zu 50 % als Dentalhygienikerin in einer Zahnarztpraxis (UV-act. k59). Im psychiatrischen Gutachten vom 13. November 1995 diagnostizierte Dr. med. O.\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung geringer Ausprägung. Diese Störung habe bereits vor dem Auffahrunfall im Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom des rechten Armes bestanden. Der Gutachter verneinte eine natürliche Kausalität zwischen Autounfall und psychischer Störung. Trotz der somatoformen Schmerzstörung sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit wieder werde erreichen können. Dieser Arzt sah keinen Anlass, eine Artefaktkrankheit zu diagnostizieren (UV-act. m39). Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stimmte am 19. März 1996 diesem Begutachtungsergebnis zu (UV-act. UV-act. m45). Am 24. Januar 1996 hatte die Beschwerdeführerin mitgeteilt, sie habe eine Buchhalter-Ausbildung begonnen, da sie (nach deren Abschluss) zu 100 % arbeiten wolle. Sie könne neben dem Studium zu 50 % arbeiten; die verbleibenden 50 % stünden für die Ausbildung zur Verfügung (UV-act. k79). Die Behandlung im Schweizer Paraplegiker-Zentrum richtete sich gemäss Bericht vom 6. Mai 1996 auf das Schmerzsyndrom im Vorderarm rechts, wobei eine



Arbeitsfähigkeit von 50 % bescheinigt wurde (UV-act. m46-m48). Im Bericht vom 25. Juni 1996 bejahte der Handchirurg Dr. med. Q.\_\_\_\_ das Vorliegen einer Berufskrankheit mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin am Morgen oder an Feiertagen keine Schmerzen von Bedeutung habe, womit die Schmerzen voll auf die Ausübung des Berufs zurückzuführen seien. Als Diagnosen führte der Arzt eine Neuralgie des radialis Nervs am Ellbogen rechts, beruflich bedingt, eine Zervikalgie primärer (Status Schleudertrauma) und sekundärer Natur (Kettensymptomatik), eine Ansatzentendinopathie der Muskulatur radialeseits am Ellbogen rechts, beruflich bedingt, und eine Epikondyalgie ulnarseits am Ellbogen rechts auf (UV-act. m49). Die Neurologin Dr. J.\_\_\_\_ hielt nach Vorlage des Berichts von Dr. Q.\_\_\_\_ am 10. Juli 1996 an ihrem Standpunkt, wonach eine Berufskrankheit zu verneinen sei, fest. Es sei einleuchtend, dass Beschwerden am rechten Arm durch eine Tätigkeit als Dentalhygienikerin verschlimmert werden könnten. Dies berechtige jedoch nicht ohne weiteres, von einer Berufskrankheit zu sprechen (UV-act. m50). Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Innere Medizin, Kantonales Spital Heiden, diskutierte in den Schreiben vom 2. und vom 25. September 1996 ein Syndrom der oberen Thoraxaperatur (Thoracic-outlet-Syndrom) sowie das Vorliegen einer "wie auch immer gearteten" Stenose bzw. einer arteriellen Durchblutungsstörung. Betreffend Berufsbedingtheit des Leidens kam er zum Schluss, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bei der Arbeit kein Ultraschallgerät benütze und dadurch eine höhere Kraftanspannung nötig sei, sei er nicht so sicher, ob nicht doch eine Entschädigungspflicht der Genfer-Versicherungen gegeben sei (UV-act. m52, m54). Dr. med. S.\_\_\_\_, Chirurgie FMH, diagnostizierte anlässlich seiner Untersuchung vom 13. November 1996 unklare Armbeschwerden rechts ohne costoclavikuläre Kompression der Gefässe. Die Unfallkausalität könne von ihm nicht beantwortet werden (UV-act. m55).

2.3 Am 30. Januar 2003 erstattete das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Basel, zuhanden der Winterthur Versicherungen ein Gutachten. Die Beschwerdeführerin bestätigte gegenüber den Gutachtern, dass sie seit 1995 zu 50 % berufstätig sei. Im Jahr 1993 seien (gemäss ihren eigenen Angaben wegen 120 % Überzeit) ein Zervikalsyndrom und Parästhesien im rechten Arm aufgetreten. Sie nehme (ausser bei einem Migräneanfall) keine Medikamente. Die Physiotherapie habe sie sistiert; sie erfahre dadurch keine weitere Besserung (UV-act. m57 S. 20-23). Die



Gutachter diagnostizierten einen Status nach zweimaligen Distorsionstraumen der HWS mit möglicher commotio cerebri am 3. April 2000, persistierendem zervikocephalem Schmerzsyndrom ohne radikuläre Irritations- oder Ausfallsymptomatik und ohne somatisch objektivierbare Symptome, eine somatoforme Störung, histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge, migräne Kopfschmerzen seit Kindheit, einen Status nach längerdauernden Armschmerzen rechts unklarer Ätiologie mit Thermoausschaltung des Nervus occipitalis major beidseits 1994 mit persistierendem sensiblem Ausfallsyndrom im entsprechenden Hautareal sowie einen Status nach Neurolyse oder Neurektomie des Nervus saphenus rechts auf Kniegelenkshöhe medial zirka 1985 mit persistierendem Ausfallsyndrom im Innervationsareal des Nervus saphenus rechts. Die Gutachter hielten unter anderem fest, es lägen auf der somatischen Ebene keine überwiegend wahrscheinlichen Folgen des Unfalls vom 7. März 1993 mehr vor. Da sich heute im somatischen Bereich keine relevanten Befunde erheben lassen würden, sei eine Abgrenzung der Unfallereignisse (vom 7. März 1993, vom 3. Oktober 1994 und vom 3. April 2000) nicht möglich. Der Status quo ante bzw. Status quo sine sei erreicht. Somatisch könne keine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Dentalhygienikerin oder einer anderen zumutbare Tätigkeit begründet werden. Behandlungsversuche hätten keine Besserung erbracht; da rein somatisch ein Substrat zu den geklagten Beschwerden fehle, sei auch eine somatische Behandlung nicht vorzuschlagen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe eine psychosomatische Entwicklung. Die Beschwerdeführerin habe alle Unfälle psychisch bzw. psychosomatisch in einer sehr prolongierten und auffälligen Art verarbeitet. Es habe eine Persistenz von Symptomen seit dem ersten Unfall von 1993 bestanden, bei denen immer wieder von verschiedenen Ärzten darauf hingewiesen worden sei, dass eine organische Erklärung der Symptomatik nicht möglich sei und wahrscheinlich eine psychosomatische Problematik vorliege. Dieser Entwicklung müsse ein gewisser Krankheitswert zugesprochen werden. Insgesamt werde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 20 % geschätzt. Wünschenswert wäre eine psychotherapeutische Betreuung. Allerdings erlebe die Beschwerdeführerin ihre Problematik auf somatischer Ebene, so dass dieser Schritt schwierig zu vollziehen sein werde. Die Beschwerdeführerin fühle sich höchstens zu 50 % arbeitsfähig (UV-act. m57 S. 39-51).



2.4 Im Frühjahr 2007 erfolgte eine weitere Begutachtung im ZMB, diesmal im Auftrag der IV. Im Gutachten vom 16. August 2007 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische laterale Epicondylitis rechts, ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach zweimaligem Autounfall, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts, ein Verdacht auf Radialtunnelsyndrom rechts, Narbenschmerzen Unterschenkel rechts medial bei Status nach Kompartementspaltung 10/2005 bei Phlegmonen sowie eine somatoforme Störung und Migräne mit Aura aufgeführt. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde unter anderem eine Sensibilitätsstörung occipital nach Thermokoagulation des Nervus occipitalis major beidseits 1994 angeführt. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Dentalhygienikerin werde heute nach wie vor und vor allem aufgrund der chronischen Epicondylitis im Bereich des rechten Ellbogens und die mit der Zwangshaltung der HWS verbundene Schmerzhaftigkeit eingeschränkt. Die seit 1995 bis heute ausgeübte 50 %-Tätigkeit der Beschwerdeführerin in diesem Beruf sei als adäquat anzusehen; eine höhere Arbeitsfähigkeit bestehe hier nicht. Die übrigen diagnostizierten somatischen wie auch psychischen Leiden hätten hier einen untergeordneten Einfluss. Medizinische Massnahmen, welche zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führen würden, könnten heute nicht angegeben werden. In Anbetracht der langjährigen Pathologie werde die Chance einer effektiven Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund operativer Massnahmen als sehr gering eingeschätzt. Im Bereich des rechten Unterschenkels seien Abklärungen bezüglich operativer Massnahmen noch hängig. Eine hier durchgeführte operative Massnahme solle eine deutliche Besserung der heute bestehenden Schmerzen bringen. Neben der heute ausgeübten Tätigkeit werde die Beschwerdeführerin in einer erweiterten Tätigkeit (Lehr- oder Schulungstätigkeit im angestammten Beruf) als insgesamt zu mindestens 80 % arbeitsfähig erachtet (UV-act. m58).

2.5 Suva-Arzt Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, klärte im Auftrag der Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer Berufskrankheit bezüglich der vom ZMB gestellten Diagnosen betreffend Armbeschwerden rechts ab. In der Beurteilung vom 11. September 2008 kam er mit ausführlicher Begründung zum Schluss, dass sowohl bezüglich der chronischen Epicondylitis radialis humeri rechts als auch bezüglich des Radialistunnelsyndroms und des Karpaltunnelsyndroms rechts keine Berufskrankheit



vorliege. Die Ursache der Epicondylitis sei multifaktoriell, wobei die Überanstrengung der Streckmuskulatur am radialen Epicondylus lediglich eine Facette des Problems darstelle. Der "Tennisellbogen" entspreche dem degenerativen Prozess, der am häufigsten im 4. und 5. Lebensdezennium symptomatisch werde, wobei sich die Beschwerden durch bestimmte Tätigkeiten, aber auch ohne ersichtlichen Grund, bemerkbar machen könnten. Es lasse sich kein Hinweis dafür finden, dass Dentalhygienikerinnen besonders oft an Epicondylitis erkranken würden. Bezüglich des (lediglich vermuteten) Radialistunnelsyndroms führte Dr. T. \_\_\_ aus, der Überblick zur Diagnostik und Symptomatik zeige einerseits, dass eine anatomische Normvariante das Auftreten der Neuropathie sehr oft begünstige, und falls eine berufliche Verursachung postuliert werden sollte, diese mit gehäuften Pro- und Supinationsbewegungen des Vorderarms einhergehen müsste, was bei der Tätigkeit einer Dentalhygienikerin nicht zutrefte. Eine Berufskrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG (Kompressionsneuropathien von Nerven) liege nicht vor. Im Weiteren sei ein deutliches Überwiegen des Karpaltunnelsyndroms bei Dentalhygienikerinnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht erwiesen (UV-act. m59). Im Bericht vom 29. Oktober 2008 nahm Dr. T. \_\_\_ ergänzend Stellung (UV-act. m60). Im Schreiben vom 18. November 2008 hielt Dr. T. \_\_\_ auf einen Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin fest, er habe vom Bericht des Handchirurgen Dr. Q. \_\_\_ vom 25. Juni 1996 Kenntnis genommen. Seine Behauptung, wonach die damals geschilderten Beschwerden allesamt berufsbedingt gewesen seien, habe Dr. Q. \_\_\_ nicht begründet (UV-act. k222).

3.

3.1 Aufgrund der dargelegten medizinischen Akten kann als erstellt gelten, dass die bei der Beschwerdeführerin bestehenden gesundheitlichen Probleme im rechten Arm bzw. die Vielzahl der in diesem Zusammenhang im Verlauf der Jahre ab 1993 (zum Teil vermutungsweise) gestellten Diagnosen nicht unter eine Listenkrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG und des entsprechenden Anhangs 1 zur UVV (Art. 14 UVV) subsumiert werden können. Abzuklären ist demgemäss, ob die gesundheitlichen Probleme unter Art. 9 Abs. 2 UVG einzuordnen sind. Gemäss BGE 117 V 354 Erw. 4c findet bei Art. 9 Abs. 2 UVG keine Beschränkung der gefährdenden Stoffe oder Krankheiten statt. Grundsätzlich ist jede Einwirkung am Arbeitsplatz als Ursache für



eine Berufskrankheit anerkannt, unter der Bedingung, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Krankheit "stark überwiegend" ist, d.h. wenn der Verursachungsanteil der Berufsarbeit an einer Krankheit - wie bereits erwähnt (vorne Erw. 1) - mindestens 75% beträgt, und dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (BGE 114 V 109; 116 V 142 Erw. 5a; 119 V 200 Erw. 2b). Nach der Rechtsprechung stellt die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 2 UVG primär eine Beweisfrage im Einzelfall dar. Wenn aber auf Grund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür besteht, dass eine berufsbedingte Genese eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann, schliesst dies den Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG im Einzelfall aus (BGE 126 V 183 Erw. 4c). Sofern mit anderen Worten der Nachweis eines qualifizierten (Anteil von mindestens 75%) Kausalzusammenhangs nach der medizinischen Empirie allgemein nicht geleistet werden kann (z.B. wegen der weiten Verbreitung einer Krankheit in der Bevölkerung, welche es ausschliesst, dass eine versicherte Person zumindest viermal häufiger von einem Leiden betroffen ist als die Bevölkerung im Durchschnitt), scheidet die Anerkennung im Einzelfall aus (vgl. RKUV 1999, S. 106 Erw. 3 am Schluss). Sind andererseits die allgemeinen medizinischen Erkenntnisse mit dem gesetzlichen Erfordernis einer stark überwiegenden Verursachung des Leidens durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit vereinbar, besteht Raum für nähere Abklärungen zwecks Nachweises des qualifizierten Kausalzusammenhangs im Einzelfall (vgl. BGE 126 V 183 Erw. 4c mit Hinweisen).

3.2 Nachdem er vorerst eine Berufskrankheit bejaht hatte, verneinte Dr. F.\_\_\_\_ nach erneuter eingehender Prüfung der medizinisch mehrdeutigen Sachlage (vgl. UV-act. m4, m6, m15, m16, m18) eine solche im Gutachten vom 7. März 1994 (UV-act. m19). Dr. I.\_\_\_\_, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, kam zwar am 7. Juli 1994 zu einem gegenteiligen Schluss. Seinem Bericht lässt sich jedoch keine Begründung entnehmen, aufgrund derer die gesetzlichen Anforderungen des Art. 9 Abs. 2 UVG auch nur ansatzweise als erfüllt gelten könnten (UV-act. m23). Das Nichtvorliegen einer Berufskrankheit ergibt sich auch einlässlich aus den später erfolgten Stellungnahmen von Dr. J.\_\_\_\_ und insbesondere derjenigen von Dr. K.\_\_\_\_ (UV-act. m24, m41, m50). Offensichtlich nicht zureichend zum Nachweis einer Berufskrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG erscheint die Begründung von Dr. Q.\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Juni 1996,



wonach die Beschwerdeführerin am Morgen oder an Feiertagen keine Schmerzen von Bedeutung habe, womit die Schmerzen voll auf die Ausübung des Berufs zurückzuführen seien (UV-act. m49). Eine weitergehendere Begründung kann bezüglich der hier streitigen Frage auch dem Schreiben von Dr. Q.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 nicht entnommen werden (act. G 1.1/19). Was die von ihm erwähnte Diagnose einer Irritation des Nervus. radialis betrifft, ist festzuhalten, dass Dr. Q.\_\_\_\_ nicht Neurologe ist. Die diesbezüglichen Feststellungen basierten denn auch nicht auf neurologischen Untersuchungen, sondern auf Beschwerdeangaben der Patientin (vgl. UV-act. m49 S. 1 und act. G 1.1/19). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass Dr. Q.\_\_\_\_ noch im Dezember 1999 hinsichtlich der Armbeschwerden die Differentialdiagnose eines Weichteilrheumas gestellt hatte (Bericht zitiert im ZMB-Gutachten 2003 [UV-act. m57] S. 11). Eine überwiegend wahrscheinlich berufsbedingte Verursachung im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG ist sodann auch aus den Berichten von Prof. R.\_\_\_\_ nicht ersichtlich, zumal dort eine solche sinngemäss lediglich vermutet wurde (UV-act. m52, m54). Von Bedeutung ist mit Blick auf die erwähnten Feststellungen von Dr. Q.\_\_\_\_ auch, dass die Neurologin PD Dr. med. U.\_\_\_\_, Chefärztin am Kantonsspital St. Gallen, im Bericht vom 20. November 2001 einen pathologischen Befund im Bereich der oberen Extremitäten verneinte (Bericht zitiert in ZMB-Gutachten 2003 S. 14f). Aufgrund der multifaktoriellen Genese des Leidens der Beschwerdeführerin mit einer Vielzahl von diskutierten bzw. in Betracht kommenden Diagnosen erscheint mit Blick auf die ausführlich begründeten Darlegungen von Dr. T.\_\_\_\_ - welche diejenigen von Dr. F.\_\_\_\_ im Ergebnis vollumfänglich bestätigten - eine (teilweise) berufsbedingte Verursachung bzw. Beeinflussung der Armschmerzen zwar denkbar bzw. möglich. Der Beweis einer stark überwiegenden Ursächlichkeit im erwähnten Sinn kann jedoch offensichtlich nicht als erbracht gelten. Im Übrigen wies Dr. F.\_\_\_\_ bereits am 7. März 1994 auf das - später anlässlich der ZMB-Begutachtungen bestätigte - Bestehen von psychosomatischen Faktoren und auf Aspekte der Persönlichkeitsstruktur hin (UV-act. m19), welche eine überwiegend berufliche Verursachung der Beschwerden jedenfalls nicht wahrscheinlicher machen. Die ZMB-Begutachtung 2003 ergab unter anderem die Diagnose von längerdauernden Armschmerzen rechts unklarer Ätiologie; die Gutachter konnten weder aus neurologischer noch aus orthopädischer Sicht erhebliche Befunde eruieren. Auf der somatischen Ebene verneinten sie das überwiegend wahrscheinliche Bestehen von gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 7. März 1993 und bejahten



(soweit ersichtlich in Bezug auf die Unfallereignisse von 1993, 1994 und 2000) die Erreichung des Status quo sine bzw. ante (UV-act. m57 S. 39ff).

3.3 Dem vom Rechtsvertreter eingereichten Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2008: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) vom 17. September 2004 [U 341/03 = SVR-UV 2005 Nr. 6, 17] lag ein Sachverhalt zugrunde, gemäss welchem eine Dentalhygienikerin dem Unfallversicherer nach 26jähriger Berufstätigkeit (1975-2001) eine Epicondylitis als Berufskrankheit melden liess. Die Angelegenheit wurde vom Gericht - nicht zuletzt mit Hinweis auf die wesentliche Expositionsdauer (vgl. Urteil, a.a.O., Erw. 3.3) - zur Durchführung einer arbeitsmedizinischen Abklärung an den Unfallversicherer zurückgewiesen (act. G 1.1/13). Im hier streitigen Fall liegt eine solche arbeitsmedizinische Abklärung bereits vor. Den ärztlichen Stellungnahmen von Dr. T.\_\_\_\_ liegen die von den ZMB-Gutachtern im Jahr 2007 bezüglich der Armschmerzen rechts gestellten Diagnosen zugrunde, d.h. eine chronische laterale Epicondylitis, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts sowie ein Verdacht auf Radialtunnelsyndrom. Diese Diagnosen wurden im erwähnten Gutachten erstmals gestellt, nachdem die zuvor begutachtenden und behandelnden Ärzte neurologische Ursachen für das geltend gemachte Beschwerdebild verneint oder die Befunde als geringfügig bezeichnet hatten (vgl. UV-act. m6, m35, m57). Eine chronische Epicondylitis bestand somit im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids nicht schon seit vielen Jahren (vgl. act. G 1 S. 2 unten). Nach den schlüssigen Ausführungen von Dr. T.\_\_\_\_ handelt es sich beim Karpaltunnelsyndrom, welches sich nach Art. 9 Abs. 1 UVG (vgl. Anhang I zur UVV) beurteilt, um ein multifaktorielles Leiden, dessen Hauptursache meist nicht feststellbar ist und für welches ein deutliches Überwiegen im Beruf der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht erwiesen ist (UV-act. m59 S. 6ff). Für das Radialistunnelsyndrom, welches im Übrigen lediglich als Vermutungsdiagnose zur Diskussion steht, gilt Entsprechendes (UV-act. m59 S. 5f). Im Weiteren liegen bei der Beschwerdeführerin berufsfremde (psychische und durch die Schulterkompression bedingte) Faktoren vor. Hinsichtlich der Epicondylitis verneinte Dr. T.\_\_\_\_ im Rahmen einer Einzelfallprüfung eine Berufskrankheit gestützt auf Art. 9 Abs. 2 UVG mit einlässlicher und plausibler Begründung (UV-act. m59 S. 2-5). Im Bericht vom 29. Oktober 2008 wies Dr. T.\_\_\_\_ sodann darauf hin, dass für die 1993 von der Beschwerdeführerin geklagten Armschmerzen rechts etliche diagnostische Hypothesen entwickelt worden seien.



Anlässlich der ZMB-Begutachtung sei ein Status nach länger dauernden Armschmerzen rechts unklarer Ätiologie aufgeführt worden; dies bei Fehlen von somatischen Befunden an der rechten oberen Extremität. Die Epicondylitis radialis müsse sich damit zwangsläufig nach 2003 entwickelt haben, wobei die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt sich in einem Alter befunden habe, in welchem sich die Epicondylitis bevorzugt manifestiere (UV-act. m60). Den bereits erwähnten Ausführungen von Dr. Q.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2009 (act. G 1.1/19) lassen sich keine Anhaltspunkte entnehmen, aufgrund welcher diese Feststellungen in Zweifel zu ziehen wären. Solche ergeben sich auch nicht aus dem vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eingereichten Auszug aus der Schweiz. Monatsschrift Zahnmedizin 7/2008 (act. G 1.1/14).

3.4 Angesichts dieser Gegebenheiten kann nicht beanstandet werden, dass die Genfer-Versicherungen das Vorliegen einer Berufskrankheit am 20. Mai 1996 verfügungsweise verneinten. Von einer solchen konnte weder im damaligen Zeitpunkt noch im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 29. Januar 2009 ausgegangen werden. Was ihren Eventualantrag betrifft, vertritt auch die Beschwerdeführerin selbst nicht die Auffassung, dass eine erneute arbeitsmedizinische Abklärung zu weiteren Erkenntnissen führen würde. Im Übrigen ist explizit darauf hinzuweisen, dass mit diesem Ergebnis weder die ausgewiesenen erheblichen gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin (act. G 1.1/19, 1.1/20) im rechten Arm in Frage gestellt noch die Möglichkeit einer Beeinflussung der Beschwerden durch ihren Beruf in Abrede gestellt werden. Dies allein genügt jedoch wie dargelegt nicht für eine Bejahung der Voraussetzungen nach Art. 9 UVG.

4.

Am 20. Mai 1996 verfügten die Genfer-Versicherungen die Leistungseinstellung auf den 1. Mai 1996 (UV-act. k83). Trotzdem erbrachten sie weiterhin Taggeldleistungen (vgl. UV-act. k150f, k160, k168, k171, k174f, k178, k197). Den Leistungsübersichten kann entnommen werden, dass die Zahlungen ab 1996 als Akonto-Zahlungen "ohne Präjudiz" geleistet worden waren (act. G 5.1; UV-act. k144, k159, k206) und insofern ihr nicht definitiver Charakter zum Ausdruck kam. Eine "faktische Verfügung" von nicht rückwirkend anpassbaren Dauerleistungen bzw. eine diesbezügliche "res iudicata" (act.



G 1 S. 5) lag damit nicht vor. Eine solche ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass die Genfer-Versicherungen die Taggelder zuweilen (wohl irrtümlich) als "Rente" (UV-act. k180, k191) bezeichneten, zumal nach Lage der Akten diese Art von Leistungen nie abgeklärt oder zugesprochen worden waren. Aus der Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin während Jahren Leistungen erbrachte, lässt sich nicht ableiten, dass ein Anspruch auch für die Zukunft ausgewiesen ist. Spätestens mit dem Vorliegen des Resultats der Abklärung von Dr. T. \_\_\_ war von einem Wiedererwägungsgrund (Art. 53 Abs. 2 ATSG) auszugehen. Die Beschwerdegegnerin stellte die Leistungen am 7. Juni 2006 zwar auf den 31. Mai 2006 ein (UV-act. k187), leistete später jedoch noch eine Akontozahlung von Fr. 15'000.-- und verzichtete auf eine Rückforderung (UV-act. k187 S. 2 unten; act. G 5 S. 7). Bei diesem Sachverhalt stellen sich - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält - keine Vertrauensschutzfragen. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die Frage der Berufskrankheit nicht bereits in einem früheren Zeitpunkt abschliessend prüfte, kann nicht die Unmöglichkeit einer Leistungseinstellung zur Folge haben. Soweit der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Darlegungen im Zusammenhang mit der bereits früher beurteilten Rechtsverzögerungsbeschwerde macht (act. G 1 S. 10f), ist hierauf nicht mehr einzugehen.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 29. Januar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.