



**Fall-Nr.:** UV 2017/40  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.01.2019  
**Entscheiddatum:** 14.01.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.01.2019**

**Art. 6 UVG: Bestätigung der Leistungseinstellung unter dem Gesichtspunkt der unfallbedingten Kontusionsverletzung im Bereich des rechten Handgelenks. Rückweisung zu weiteren Abklärungen in Bezug auf eine allfällige unfallbedingte Schädigung des rechten Ellbogens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Januar 2019, UV 2017/40).**

Entscheid vom 14. Januar 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Miriam Lendfers und Marie Löhrer; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

UV 2017/40

Parteien

**A.**\_\_\_\_,



St.Galler Gerichte

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwältin Franziska Ammann, MLaw,

Advokatur 107, Rorschacher Strasse 107, 9000 St. Gallen,

gegen

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva),** Fluhmattstrasse 1, Postfach  
4358, 6002 Luzern,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war als Geschäftsführer der B.\_\_\_\_ GmbH bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 4. August 2016 meldete die Arbeitgeberin, der Versicherte sei am 24. Juli 2016 auf einer Zuschauertribüne über einen Absatz neben der Treppe gestolpert und über eine Sitzreihe gestürzt, er habe sich das Handgelenk und die Finger rechtsseitig verletzt und verspüre ein Taubheitsgefühl im kleinen Finger, wobei die Schädigung noch unbestimmt sei (Suva-act. 1). Mit Schreiben vom 6. September 2016



## St.Galler Gerichte

sicherte die Suva dem Versicherten die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 6). Am 8. September 2016 reichte die Arbeitgeberin der Suva ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 6. September 2016 für eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten vom 24. Juli bis 8. September 2016 ein (Suva-act. 9).

A.b Gemäss Arztzeugnis UVG von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. September 2016 hatte am 3. August 2016 eine Erstbehandlung stattgefunden. Der Versicherte hatte angegeben, beim Unfall vom 24. Juli 2016 eine Handgelenkskontusion erlitten zu haben. Als Befunde hatte Dr. C.\_\_\_\_ eine teigige Schwellung im Bereich der ganzen Hand mit Druckdolenz ulnocarpal sowie eine Hypästhesie im Bereich des Hypotenars sowie des Kleinfingers erhoben und den Versicherten für eine MRI-Untersuchung des rechten Handgelenks der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) zugewiesen. Die am 19. August 2016 durchgeführte Untersuchung hatte eine Längsruptur der Extensor carpi ulnaris-Sehne, eine Perforation des Discus triangularis zentral, ein 9 mm messendes Ganglion palmoradial des Radiokarpalgelenks mit perifokalem Reizzustand sowie ein intraossäres 8 mm messendes Ganglion im Os trapezoideum mit angrenzendem perifokalem Knochenmarksödem zur Darstellung gebracht, im Übrigen jedoch ein normales Kernspintomogramm gezeigt (Suva-act. 16). Laut Arztzeugnis UVG hatte zudem am 26. September 2016 eine Konsultation bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH Handchirurgie, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stattgefunden (Suva-act. 10). Am selben Tag hatte Dr. C.\_\_\_\_ ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab dem 9. September bis 25. September 2016 ausgestellt (Suva-act. 17-2).

A.c In dem von der Suva eingeholten Untersuchungsbericht vom 26. September 2016 (Eingang bei der Suva am 28. September 2016) hatte Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnosen Handgelenkskontusion rechts vom 24. Juli 2016 mit ulnokarpalen Handgelenksbeschwerden, Partialläsion Extensor carpi ulnaris Sehne und Neuropraxie des Nervus ulnaris in der Guyon-Loge gestellt (Suva-act. 13).

A.d Am 20. und 21. Oktober 2016 folgte auf Zuweisung von Dr. D.\_\_\_\_ eine Beurteilung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie FMH, der gestützt auf eine klinische und



## St.Galler Gerichte

elektrodiagnostische Untersuchung ein sensomotorisches Sulcus ulnaris-Syndrom rechts sowie eine ulnare Handgelenkskontusion rechts am 24. Juli 2016 bei Beinahesturz diagnostizierte und eine kernspintomographische Untersuchung des Ellbogens empfahl (Suva-act. 18).

A.e Am 28. Oktober 2016 legte die Suva die medizinischen Unterlagen, zusammen mit der konsiliarischen Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_, ihrem Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung der Unfallfolgen vor (Suva-act. 19). Gestützt auf dessen Beurteilung vom 2. November 2016 (Suva-act. 19) eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 3. November 2016 die Einstellung der Versicherungsleistungen (Heilbehandlung und Taggeld) per 4. November 2016. Zur Begründung führte sie an, dass die aktuell bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 24. Juli 2016 eingestellt hätte (Status quo sine), sei gemäss kreisärztlicher Beurteilung spätestens drei Monate nach dem Unfallereignis wieder erreicht (Suva-act. 21).

A.f Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 5. Dezember 2016, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Franziska Ammann, St. Gallen, Einsprache mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und dem Versicherten seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (Suva-act. 26). Zusammen mit der Einsprache reichte die Rechtsvertreterin insbesondere einen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Radiologie Nordost, Diagnosezentrum H.\_\_\_\_, vom 17. November 2016 über eine am selben Tag durchgeführte MRI-Untersuchung des rechten Ellbogens des Versicherten ein (Suva-act. 26-14 f.).

A.g Am 7. Dezember 2016 ersuchte die Suva Dr. F.\_\_\_\_ erneut um eine Beurteilung des Schadenfalls, welche dieser am 16. Dezember 2016 vorlegte. Darin hielt er an der Auffassung fest, der Status quo sine sei spätestens drei Monate nach dem Ereignis erreicht gewesen (Suva-act. 28 f.).

A.h Am 19. Dezember 2016 reichte die Rechtsvertreterin des Versicherten ein Arzteugnis von Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2016 über eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Dezember 2016 bis 17. Januar 2017 ein (Suva-act. 30).



## St.Galler Gerichte

A.i Am 6. April 2017 wandte sich die Suva mit dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. November 2016 für eine ergänzende Stellungnahme an Dr. F.\_\_\_\_, welche dieser am 6. April 2017 einreichte (Suva-act. 35).

B.

Mit Einspracheentscheid vom 18. April 2017 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 36).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 18. April 2017 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seine Rechtsvertreterin am 22. Mai 2017 Beschwerde erheben. Darin wurde beantragt, der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 18. April 2017 sowie die Verfügung vom 3. November 2016 seien aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gutachten zur Unfallkausalität anzuordnen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 14. September 2017 (act. G 6) und Duplik vom 16. Oktober 2017 (act. G 8) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

## Erwägungen

1.



Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.20) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2016 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung der Beschwerdegegenerin ab dem 4. November 2016.

3.

3.1 Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist sodann die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der festgestellten Gesundheitsschädigung verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht



nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45).

3.2 Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/ THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54 f.). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C\_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4, 55).



4.

Unstreitig ist zunächst, dass der Beschwerdeführer am 24. Juli 2016 einen Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG erlitten hat, sich dabei das Handgelenk angeschlagen und daraufhin unter Handgelenksbeschwerden sowie einem Taubheitsgefühl des Kleinfingers gelitten hat. Sein Hausarzt Dr. C. \_\_\_ schrieb ihn ab dem 24. Juli 2016 zu 100% arbeitsunfähig (vgl. dazu Suva-act. 1, 9). Mit Schreiben vom 6. September 2016 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Übernahme der Heilbehandlungskosten sowie die Ausrichtung von Taggeldern ab dem 27. Juli 2016 mit (Suva-act. 6). Die Leistungsanerkennung erfolgte jedoch in Unkenntnis der konkreten Unfallverletzungen. Die Beweislast liegt damit nur in Bezug auf die Folgen der Handgelenkskontusion bei der Beschwerdegegnerin. Hinsichtlich der Frage, ob es sich bei den der Beschwerdegegnerin erst im Rahmen ihrer nachfolgenden Abklärungen zur Kenntnis gelangten ärztlich erhobenen strukturellen Gesundheitsschäden um solche beim Unfall vom 24. Juli 2016 erlittene Verletzungen handelt, ist der Beschwerdeführer beweisbelastet (vgl. Erwägung 3.2).

5.

Nachfolgend ist zunächst die Dauer der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Handgelenksproblematik des Beschwerdeführers zu prüfen.

5.1 Die bei ihm am 19. August 2016 in der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG durchgeführte MRI-Untersuchung des Handgelenks rechts brachte eine Längsruptur der Extensor carpi ulnaris Sehne, eine Perforation des Discus triangularis zentral (TFFC-Läsion) und Ganglien palmaradial sowie intraossär im Os trapezoideum mit angrenzendem perifokalem Knochenmarksödem hervor (Suva-act. 16). Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte hierauf im Untersuchungsbericht vom 26. September 2016 eine Handgelenkskontusion rechts vom 24. Juli 2016 mit ulnokarpalen



Handgelenksbeschwerden, eine Partiaalläsion Extensor carpi ulnaris Sehne und eine Neuropraxie in der Guyon-Loge (Suva-act. 13).

5.2 Dr. F.\_\_\_\_ bezeichnete die radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden in seinen Beurteilungen vom 2. November und 16. Dezember 2016 (Suva-act. 19, 29) überzeugend und schlüssig als unfallfremd, indem er von verschleiss- bzw. überlastungsbedingten Vorzuständen ausging. Sehnenrupturen bzw. -risse entwickeln sich ohne weiteres auch degenerativ, d.h. ohne Trauma (vgl. ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 628; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 1646; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1681). Im MRI-Untersuchungsbericht haben die Ärzte der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG den Nachweis weiterer Traumafolgen verneint (Suva-act. 16) und auch Dr. D.\_\_\_\_ hat in Bezug auf die radiologischen Untersuchungsbefunde in keiner Weise auf eine unfallkausale strukturelle Läsion im Handgelenksbereich hingewiesen (Suva-act. 13). Die Längsruptur der Extensor carpi ulnaris Sehne wurde von ihm lediglich in der Anamnese erwähnt und von Dr. F.\_\_\_\_ wurde sie aufgrund ihrer Verlaufsrichtung als überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt bezeichnet (Suva-act. 29). Die Perforation des Discus triangularis zentral bezeichnete Dr. D.\_\_\_\_ als physiologisch und die Zysten ohnehin nur als Zufallsbefunde, weil sie nicht im schmerzhaften Bereich liegen würden. Selbst die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers nennt einzig die Verletzung der Extensor carpi ulnaris Sehne, vermag jedoch keinen Hinweis auf eine traumatische Verursachung anzugeben, und geht auch in ihren weiteren Ausführungen nicht auf eine weitergehende Handgelenksproblematik ein (act. G 1 und G 6).

5.3 Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 24. Juli 2016 geklagten Hyposensibilität stellte Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung vom 26. September 2016 fest, dass sich diese im Nervus ulnaris Gebiet auf den palmaren Teil beschränke. Das Problem zeige sich also nicht im Sulcus ulnaris, sondern eher distal in der Guyon-Loge. Entsprechend diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ eine Neuropraxie des Nervus



ulnaris in der Guyon-Loge (Suva-act. 13). Die neurologische und elektrodiagnostische Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ vom 20. und 21. Oktober 2016 zeigte dann allerdings normale Verhältnisse des Nervus ulnaris im Bereich des Handgelenks (u.a. Loge de Guyon; Suva-act. 18). Selbst die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers scheint in der Beschwerde vom 22. Mai 2017 (act. G 1) unter Hinweis auf den Untersuchungsbericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2016 (Suva-act. 18) einzuräumen, dass die Hypästhesien nicht - wie bisher angenommen - durch eine Schädigung im Bereich des Handgelenks ausgelöst worden seien (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6).

5.4 In Bezug auf das rechte Handgelenk diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ also unfallbedingt nur eine Handgelenkskontusion rechts (Suva-act. 13). Hinsichtlich dieser ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. November und 16. Dezember 2016 von einer (nur) vorübergehenden Verschlimmerung eines verschleiss- respektive überlastungsbedingten Vorzustandes im Bereich des rechten Handgelenks aus, bezüglich welcher der Status quo sine spätestens drei Monate nach dem Ereignis erreicht sei. Entsprechend stellte sie ihre Versicherungsleistungen per 4. November 2016 ein (Suva-act. 19, 21, 29, 36). Bei einer Kontusionsverletzung handelt es sich, sofern sie - wie im konkreten Fall - nicht von einer strukturellen Läsion begleitet ist, um eine einfache Weichteilverletzung, welche nach der medizinischen Erfahrung auch ohne spezifische Behandlung innert kurzer Zeit folgenlos abheilt und bei der sich die damit verbundenen Beschwerden demzufolge gänzlich zurückbilden (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 412).

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Folgen der vom Beschwerdeführer beim Unfall vom 24. Juli 2017 erlittenen Handgelenkskontusion mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per Datum der Leistungseinstellung vom 4. November 2016 abgeheilt waren und die Leistungseinstellung unter diesem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden ist.



6.

Zu prüfen ist schliesslich eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin in Bezug auf eine allfällige unfallbedingte Schädigung im Bereich des rechten Ellbogens.

6.1 Erstmals im Rahmen seiner Untersuchungen vom 20. und 21. Oktober 2016 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ klinisch-neurologisch und mittels Elektroneuromyographie ein sensomotorisches Sulcus ulnaris-Syndrom, also eine Schädigung im rechten Ellbogen, und wich von einer Nervus ulnaris-Läsion im Bereich des Handgelenks (u.a. Loge de Guyon) ab (Suva-act. 18). In seiner Beurteilung vom 2. November 2016 wies Dr. F.\_\_\_\_ auf die Kompression des Nervus ulnaris im Ellbogenbereich hin, äusserte sich jedoch nicht zu deren Ätiologie (Suva-act. 19; vgl. Erwägung 5.2). In seinen - im Rahmen des Einspracheverfahrens - verfassten Beurteilungen vom 16. Dezember 2016 (Suva-act. 29) und 6. April 2017 (Suva-act. 35) äusserte sich Dr. F.\_\_\_\_ sodann auch zur Frage der Unfallkausalität der Ellbogenproblematik, worauf sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid massgeblich abstützte.

6.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts entscheidend ist, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert einer eingereichten oder in Auftrag gegebenen ärztlichen Stellungnahme ist grundsätzlich weder deren Herkunft noch deren Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An deren Beweiswürdigung sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen,



so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C\_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann ärztliche Stellungnahmen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. F.\_\_\_\_ erstellt wurden, als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (Urteil des EVG vom 8. Februar 2007, U 223/06, E. 5.1.2; PVG 1996 Nr. 89 265 E. 3b; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95). Wie die nachfolgende materiellrechtliche Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zeigt, durfte jedoch die Beschwerdegegnerin das Beweisverfahren mit den kreisärztlichen Beurteilungen nicht als abgeschlossen betrachten.

6.3 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Als objektiviert gilt eine solche Läsion, wenn sie durch einen entsprechenden apparativen/bildgebenden Untersuchungsbefund (mittels Röntgen, Computertomogramm, Kernspintomographie, Arthroskopie) erhoben wird bzw. bestätigt werden kann (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen, 117 V 363 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C\_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen).

6.4 Dr. E.\_\_\_\_ erhob beim Beschwerdeführer am 20. und 21. Oktober 2016 mittels EEG eine eindeutige axonale Schädigung des Nervus ulnaris zum Musculus abductor digiti minimi sowie auch zum Musculus interosseus I und II bei deutlicher Verlangsamung der Nervenleitgeschwindigkeit im Sulcus ulnaris und diagnostizierte gestützt darauf das sensomotorische Sulcus ulnaris-Syndrom rechts. Im konkreten Fall führte also nicht nur ein vom Beschwerdeführer angegebenes Symptommuster zur Syndrom-Diagnose (vgl. dazu ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1791). Vielmehr konnte das Krankheitsbild einem bestimmten organischen Befund - einer Kompression des Ulnarnervs im Bereich



des rechten Ellbogens - zugeordnet und der Gesundheitsschaden objektiviert bzw. verifiziert werden. Am 17. November 2016 folgte die MRI-Untersuchung des rechten Ellbogens durch Dr. G.\_\_\_\_, welche eine mässiggradige Partialruptur der ursprungsnahen gemeinsamen Extensorensehne am Epikondylus humeri radialis, eine Zerrung/Partialruptur der radio-dorsalen Gelenkkapsel unter Einbezug des dorsalen Anteils des Kollateralbandes, eine Stressreaktion/leichte Zerrung auch der dorso-ulnaren Gelenkkapsel auf Höhe des Bodens des Sulcus ulnaris mit hier kurzstreckig diskret akzentuiert enhancendem Nervus ulnaris, eine subchondrale Zyste zentro-dorsal am Caputulum humeri mit angrenzend kleinem unspezifischem Knochenmarksödem (DD: unspezifisch degenerativ, DD: posttraumatisch, im Rahmen einer sich vorwiegend subchondral manifestierenden kleinen osteochondralen Läsion), eine ödematöse imbibierte Plica humero radialis, eine Insertionstendinose und vorwiegend dorsale Peritendinitis der Trizepssehne und flächenhafte Infiltration dorsal entlang des Olekranons unter Einbezug der bursa olecrani-Region zur Darstellung brachte (Suva-act. 26-14).

6.5 Eine traumatische Verursachung des Sulcus ulnaris-Syndroms verneinte Dr. F.\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 16. Dezember 2016 mit der Erklärung, beim Unfall vom 24. Juli 2016 habe nachweislich keine Verletzung des Ellbogens mit Kontusion/Distorsion stattgefunden. Weiter werde die Handmuskulatur bereits kurz nach dem Unfallereignis als sichtbar atroph beschrieben, was nach Ablauf einer derart kurzen Zeit nicht möglich sei und für eine chronische unfallunabhängige Kompression des Ulnarnervs im Sulcus ulnaris des nicht unfallbedingt geschädigten Ellbogengelenks spreche (Suva-act. 29). Auch in der Stellungnahme vom 6. April 2017 stellte sich Dr. F.\_\_\_\_ auf den Standpunkt, beim Unfall vom 24. Juli 2016 sei es zu einem Anprall der Handkante im Ulnarbereich gekommen, ohne dass ein Sturz und damit eine Beteiligung des Ellbogengelenks stattgefunden habe. Ohne Traumatisierung seien sämtliche im MRI aufgeführten Befunde bzw. Veränderungen des Ellbogengelenks als unfallunabhängige Erkrankungen zu bewerten. Die Veränderungen stünden demnach überwiegend wahrscheinlich nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. Juli 2016, sondern seien ausschliesslich verschleissbedingten Erkrankungen geschuldet (Suva-act. 35).



### 6.6

6.6.1 Wie bereits erwähnt, hat der Beschwerdeführer am 24. Juli 2016 unbestrittenermassen einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitten und sich dabei eine Handgelenkskontusion rechts zugezogen (vgl. Erwägung 4). Nachfolgend ist jedoch eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Beschwerden am rechten Ellbogen streitig und zu prüfen. Die unfallbedingte Handgelenkskontusion vom 24. Juli 2016 bedeutet nicht ohne Weiteres, dass auch bezüglich des rechten Ellbogens eine unfallbedingte Schädigung stattgefunden hat. Eine solche wäre etwa zu bejahen, wenn der Beschwerdeführer dabei nicht nur das rechte Handgelenk, sondern auch den rechten Ellbogen angeschlagen und sich dadurch eine natürlich kausale Verletzung zugezogen hätte. Dies in dem Sinn, dass es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann. Insofern bildet der Unfallmechanismus ein massgebendes Kriterium für die Beurteilung der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermag jedoch die in den kreisärztlichen Beurteilungen entscheidende Feststellung, der rechte Ellbogen sei beim Unfall nicht beteiligt gewesen, nicht zu überzeugen.

6.6.2 Laut Bagatellunfallmeldung UVG vom 4. August 2016 ist der Beschwerdeführer auf der Zuschauertribüne über einen Absatz neben der Treppe gestolpert und über eine Sitzreihe gestürzt. Als verletzter Körperteil wurden das rechte Handgelenk und ein Finger rechts vermerkt (Suva-act. 1). Im Arzzeugnis UVG notierte Dr. C.\_\_\_\_ unter der Rubrik "Angaben des Patienten", der Beschwerdeführer sei auf einer Zuschauertribüne gestanden, sei dabei über einen Absatz neben der Treppe gestolpert und habe sich eine Handgelenkskontusion zugezogen (Suva-act. 10). Im Untersuchungsbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. September 2016 wurde wiederum ein Sturz erwähnt, jedoch nur auf das Handgelenk (Suva-act. 13). Dr. E.\_\_\_\_ hielt sodann als "relevante Anamnese" fest, der Beschwerdeführer sei auf dem Weg zur Tribüne auf der Treppe ausgerutscht und dabei mit der rechten ulnaren Handgelenkskante gegen eine



Stuhllehne geschlagen. Der Neurologe diagnostizierte eine ulnare Handgelenkskontusion rechts am 24. Juli 2016 bei Beinahesturz. Ellbogenschmerzen wurden verneint und ein Ellbogentrauma als nicht erinnerlich bezeichnet (Suva-act. 18). Sämtliche ärztlichen Untersuchungen bezogen sich denn auch zunächst auf das rechte Handgelenk, wo der Beschwerdeführer über ulnokarpale Schmerzen sowie eine Hyposensibilität im Ulnarisgebiet klagte. Aus den angeführten Unfallschilderungen ist ein sturzbedingter Aufprall des rechten Ellbogens auf den Boden oder auf einen Sitz nicht augenscheinlich. Immerhin ist jedoch einzuräumen, dass der Beschwerdeführer durchaus gestürzt sein könnte und sich selbst ein Ausrutschen bzw. Stolpern im Bereich einer Treppe und Anschlagen an einer Stuhllehne unerwartet und schnell abspielt und damit nicht immer in sämtlichen Einzelheiten wahrgenommen wird. Der Beschwerdeführer wurde ausserdem nie anhand des üblichen Fragenkatalogs der Unfallversicherer persönlich und ausführlich zum Unfallhergang befragt (vgl. dazu Urteile des EVG vom 26. Februar 2004, U 64/2002, E. 2.2.3, und vom 27. Juni 2002, U 148/01, E. 2.b). Die Aussagekraft der Unfallschilderungen und damit ihr Beweiswert für die Beurteilung der Unfallkausalität der Ellbogenproblematik ist damit in Frage gestellt, zumal immerhin das rechte Handgelenk vom Unfallgeschehen betroffen war und damit zwangsläufig auch die gesamte obere rechte Extremität involviert war.

6.6.3 Der Beschwerdeführer hat von Beginn weg fortdauernd über eine Hypästhesie im Bereich des Kleinfingers und des Hypotenars geklagt (Suva-act. 10), also über eine Symptomatik sowohl des Sulcus ulnaris- als auch des Loge de Guyon-Syndroms (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., 751 f.; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 700, 1243 "Nervenkompressionssyndrom", 1750; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1314, 1781, 1885 "Ulnartunnel-Syndrom"). Der Ulnarisnerv verläuft auf der Kleinfingerseite an der medialen Seite des Unterarms sowie in der Ellbogenrinne (Sulcus nervi ulnaris; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1314; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1249), weshalb eine genaue Diagnosestellung schwierig sein dürfte. Jedenfalls stellte auch Dr. D.\_\_\_\_ zunächst im Untersuchungsbericht vom 26. September 2016 fest, dass die Hyposensibilität im Nervus ulnaris Gebiet auf den palmaren Teil beschränkt sei, sich das Problem also nicht im Sulcus ulnaris, sondern eher distal in der Guyon-Loge zeige. Dennoch empfahl er Dr. C.\_\_\_\_ die Einholung einer konsiliarischen Beurteilung hinsichtlich der Nervus



ulnaris-Problematik durch Dr. E.\_\_\_\_ (Suva-act. 13). Der Neurologe führte am 20. und 21. Oktober 2016 eine elektroneurographische Untersuchung durch, welche eine Schädigung des Nerven im Sulcus ulnaris und nicht, wie bisher angenommen, eine Schädigung im Handgelenksbereich zeigte (Suva-act. 18). Das Gesagte zeigt immerhin auf, dass der Beschwerdeführer echtzeitlich unter einer Ellbogenproblematik litt und seit dem Unfall vom 24. Juli 2016 Brückensymptome vorliegen, welche die Ellbogenproblematik zeitlich als Einheit kennzeichnen. Wenngleich der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen ist, dass Dr. E.\_\_\_\_ mit seiner Aussage im Untersuchungsbericht vom 22. Oktober 2016 - aufgrund der Schilderung des Beschwerdeführers, dass sich die Hypästhesien innerhalb weniger Stunden nach dem Unfall manifestiert hätten, sei von einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall auszugehen sei (Suva-act. 18) - grundsätzlich nur eine zeitliche Einordnung vornimmt und der zeitliche Aspekt allein keine wissenschaftlich genügende Erklärungskraft besitzt (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2015, N 69 zu Art. 4 ATSG; MAURER, a.a.O., S. 460 N. 1205 [= Beweisführung nach der Formel "post hoc ergo propter hoc"]; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C\_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb) - ist zu bemerken, dass eine solche Beweisführung im konkreten Fall für die Beurteilung der Unfallkausalität nicht untauglich ist. Vor dem Hintergrund einer Anamnese mit einer naheliegenden Unfallbeteiligung des rechten Ellbogens, mit posttraumatischen Symptomen, derentwegen der Beschwerdeführer zeitnah zum Unfall seinen Hausarzt konsultierte, und mit einer apparativ verifizierten Nervenverletzung bestehen zumindest erhebliche Hinweise auf eine traumatische Ellbogenverletzung. Eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen lässt jedoch ohne weitere Abklärungen keine aussagekräftige Beurteilung der Unfallkausalität zu. Zudem ist in den medizinischen Akten in keiner Weise erklärt, inwiefern die beim Beschwerdeführer verifizierte Nervenschädigung überhaupt auch degenerativ bedingt sein kann. Eine gegenteilige Beurteilung erschliesst sich auch nicht aus der von Dr. F.\_\_\_\_ festgestellten Atrophie der Handmuskulatur. Immerhin ist anzunehmen, dass die Muskelatrophie mit der Nervenschädigung im Zusammenhang steht, und festzustellen, dass für die Zeit vor dem Unfall keine Hinweise auf eine Muskelatrophie aktenkundig sind. Von Dr. F.\_\_\_\_ wird zudem nicht begründet, ob sich eine Muskelatrophie infolge einer Nervenschädigung nicht auch innerhalb von rund drei Monaten entwickeln kann. Im



Übrigen beruht seine Beurteilung nicht auf einer eigenen Untersuchung der Atrophie, womit seine Einschätzung primär spekulativen Charakter hat.

6.6.4 Die Argumentation der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2017 (act. G 3), die differentialdiagnostischen Verweise von Dr. G.\_\_\_\_ würden nur eine rein zeitliche Vermutung beinhalten, erscheint nicht ohne Weiteres schlüssig. Zum einen ist nicht erkennbar, ob Dr. G.\_\_\_\_ mit den Differentialdiagnosen postkontusionell bzw. deren Zusatz "posttraumatisch" (nur) eine zeitliche Einordnung vornehmen wollte, zum anderen führt er als Differentialdiagnose alternativ die degenerativ bzw. überlastungsbedingte Verursachung auf. Damit bleibt immerhin ungeklärt, ob eine traumatische Verursachung der radiologisch erhobenen Gesundheitsschäden tatsächlich weniger wahrscheinlich ist als eine unfallunabhängige degenerative Verursachung. Beweisrechtlich ist dies insofern von Bedeutung, als die Beschwerdegegnerin zutreffend feststellte, Dr. G.\_\_\_\_ äussere sich im MRI-Untersuchungsbericht nicht zur Frage der Kausalität. An dieser Stelle ist zu wiederholen, dass die Frage nach einer unfallbedingten Schädigung des rechten Ellbogens am 24. Juli 2016 mangels Spruchreife noch nicht beurteilt werden kann (vgl. Erwägung 6.6.2), womit der Schlussfolgerung von Dr. F.\_\_\_\_ die Grundlage fehlt. Auch unter diesem Blickwinkel lässt es sich gestützt auf die derzeitige Aktenlage nicht rechtfertigen, der traumatischen Differentialdiagnose jegliche Bedeutsamkeit abzusprechen, der degenerativen Differentialdiagnose jedoch zu folgen. Hinsichtlich der MRI-Befunde "Zerrung/Partialruptur der radio-dorsalen Gelenkkapsel unter Einbezug des dorsalen Anteils des Kollateralbandes, Stressreaktion/leichte Zerrung auch der dorso-ulnaren Gelenkkapsel auf Höhe des Bodens des Sulcus ulnaris mit hier kurzstreckig diskret akzentuiert enhancendem Nervus ulnaris" ist schliesslich nicht erklärt, inwiefern diese überhaupt degenerativ bedingt sein könnten. Immerhin wurde eine der Zerrungen im Bereich des verletzten Nervus ulnaris erhoben (vgl. dazu Erwägung 6.4) und diesbezüglich von Dr. G.\_\_\_\_ nur eine mit dem Zusatz "posttraumatisch" ergänzte Differentialdiagnose gestellt.



6.6.5 Dr. F.\_\_\_\_ begründet seine Feststellung, sämtliche im MRI-Untersuchungsbericht vom 17. November 2016 (Suva-act. 26; vgl. Erwägung 5.4) aufgeführten Veränderungen des Ellbogengelenks seien als unfallunabhängige Erkrankungen zu bewerten, wie gesagt (vgl. Erwägung 6.5), entscheidend mit der Annahme, beim Unfall vom 24. Juli 2016 habe keine Beteiligung des rechten Ellbogens stattgefunden. Wie in Erwägung 6.6.2 dargelegt, konnte sich aber Dr. F.\_\_\_\_ hinsichtlich Unfallhergang gerade nicht auf eine spruchreif abgeklärte Sachlage verlassen, womit seine Annahme als zentrale, beweiskräftige Begründung für eine Verneinung der Unfallkausalität nicht genügt.

6.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Gesamtbetrachtung der medizinischen und übrigen Aktenlage mindestens geringe Zweifel an der ohne eigene Untersuchung des Beschwerdeführers erfolgten Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ bzw. seiner Beantwortung der Frage entstehen lässt, dass die von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ apparativ bzw. radiologisch im Bereich des rechten Ellbogens erhobenen Gesundheitsschäden unfallfremd seien. Die lediglich knapp begründeten kreisärztlichen Beurteilungen (Suva-act. 19, 35) beleuchten die Frage unzureichend und vermögen insofern nicht zu überzeugen. Der Sachverhalt erweist sich damit hinsichtlich der Fragen, ob es sich bei den fraglichen Gesundheitsschäden um zumindest teilweise traumatische Unfallfolgen (vgl. dazu Art. 36 Abs. 1 UVG; Urteil des EVG vom 18. Februar 2003, U 287/02, E. 4.4) oder um rein degenerative Gesundheitsschäden handelt bzw. ob dem Unfallereignis vom 24. Juli 2016 kausale Bedeutung zukommt, als noch nicht spruchreif. Für eine abschliessende Beurteilung dieser Fragen sind weitere medizinische Abklärungen notwendig, welche die Beschwerdegegnerin durch einen versicherungsexternen Fachspezialisten durchzuführen haben wird.

7.

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 18. April 2017 (Suva-act. 36) teilweise gutzuheissen und die



Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Angesichts der Schwierigkeit des Falles sowie der Art und des Umfangs der Bemühungen erscheint eine Parteientschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich (vgl. etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juli 2018, UV 2016/43, E. 5.2), von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 18. April 2017 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.



Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.