



Fall-Nr.: UV 2016/52
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 24.07.2018
Entscheiddatum: 24.07.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 24.07.2018

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

Entscheid vom 24. Juli 2018

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2016/52

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei



St.Galler Gerichte

St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente / Integritätsentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a A.____ war bei der B.____ AG als Anlage- und Apparatebauer tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 6. Februar 2009 ein deutliches beidseitiges Karpaltunnelsyndrom (CTS), rechts ausgeprägter als links, sowie eine Epicondylitis humeri lateralis ("Tennisellbogen") rechts und eine arterielle Hypertonie. Der Versicherte beklage seit etwa Juni 2008 belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten lateralen Ellbogengelenks. Durch seine Arbeitstätigkeit, bei der er häufig einhändig schleifen müsse, komme es immer wieder zur Ausbildung des Reizzustandes. Bezüglich des klinisch nur wenig ausgeprägten CTS könnte es sich differentialdiagnostisch noch um ein Vibrationstrauma handeln (Suva-act. I/4). Im März 2009 unterzog sich der Versicherte im Spital D.____ einer Karpaltunnelspaltung rechts, einer Denervation nach Wilhelmsen und einer Lipomexzision am Unterarm rechts (Suva-act. I/6). Die Arbeitgeberin meldete der Suva am 3. Dezember 2009, die üblichen Arbeitsabläufe beim Schleifen und Schweißen verstärkten die Beschwerden des sogenannten Tennisellbogens massgeblich (Suva-act. I/1). Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, beurteilte am 1. Februar 2011, es sei wahrscheinlich, dass die Verursachung der Epicondylitis radialis humeri zu



St.Galler Gerichte

mehr als 75% durch die Berufstätigkeit erfolgt sei (Suva-act. I/24). Die Suva übernahm mit Schreiben vom 24. Mai 2011 die Versicherungsleistungen für die Folgen des Berufsunfalls (richtig: Berufskrankheit) (Suva-act. I/26).

A.b Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____, Neurologisches Zentrum H.____, hatten am 15. bzw. 16. April 2011 einen unklaren Tremor des rechten Arms mit Verdacht auf einen chronischen Vibrationsschaden der Handnerven beidseits sowie einen Halte- und Aktionstremor beidseits diagnostiziert. Hinsichtlich des Tremors sei eine dystone Komponente im Sinne einer segmentalen Dystonie denkbar. Daneben bestünde auch die Möglichkeit eines aufgabenspezifischen verstärkten Tremors (Suva-act. II/19-2 ff.). Dr. med. I.____, FMH für Allgemeinmedizin, attestierte dem Versicherten vom 26. Mai bis 22. Juli 2011 sowie ab 8. November 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. I/34-41, I/34-74). Dr. med. J.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, befand am 22. November 2011, es persistierten Ellbogenschmerzen rechts, die durch die Ellbogenarthrose erklärt seien (Suva-act. I/34-48).

A.c Dr. J.____ diagnostizierte mit Bericht vom 11. Januar 2012 eine Arthrose des rechten Ellbogens mit Epicondylitis radialis humeri rechts, eine Chondropathie des rechten Kniegelenks und einen Verdacht auf Meniskusläsion sowie einen Tremor (Suva-act. I/34-55). Dr. I.____ listete am 2. Mai 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einen Diabetes mellitus Typ II, ein CTS beidseits, eine koronare und hypertensive Herzkrankheit sowie eine Depression auf. Er beurteilte, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar und mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (Suva-act. II/25-85 f.).

A.d Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte am 16. Februar 2012 unter anderem über eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression (ICD-10: F43.22) bei Arthrose des rechten Ellbogens mit Epicondylitis radialis humeri rechts berichtet. Die multiplen somatischen Beschwerden hätten zu einer depressiven Entwicklung geführt. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen psychiatrischer Beschwerden liege jedoch nicht vor (Suva-act. I/34-43 ff.). Aufgrund eines Rezidivs der lateralen Epicondylitis humeri rechts und Ellbogenarthrose führte Dr. J.____ am 5. Juni 2012 eine Narbenexzision, eine Operation



St.Galler Gerichte

nach Wilhelm-Hohmann-Nirschl und eine Arthrotomie mit Gelenksdebridement durch (Suva-act. I/45-181 f.).

A.e Die Arbeitgeberin des Versicherten kündigte das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2012 (Suva-act. I/45-104).

A.f Im Auftrag der AXA Winterthur, Krankentaggeldversicherer des Versicherten, wurde dieser im Februar und März 2013 durch Dr. med. L.___, Orthopädie M.___, St. Gallen, unter Beizug von Dr. med. N.___, Fachärztin für Neurologie, abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 25. April 2013 diagnostizierten diese eine Ellbogengelenksarthrose rechts mit Chondropathie humeroradial Grad IV, ansonsten Grad II bis III, eine narbige Verdickung im Ursprungsbereich der Extensor communis-Sehne, mässiggradige degenerative Schultergelenksveränderungen Grad II, eine mässiggradige Ansatzdegeneration der Subscapularissehne und einen wechselnden Tremor des Arms rechts, höchstwahrscheinlich nicht organischer Ursache. Sie befanden, die Knorpelschädigung im Ellbogengelenk rechts stelle ebenfalls eine Berufskrankheit dar (Suva-act. I/43, vgl. Bericht von Dr. N.___ vom 27. Februar 2013; Suva-act. II/22).

A.g Dr. E.___ beurteilte am 10. August 2013, die Epicondylitis radialis humeri als anerkannte Berufskrankheit bestehe nicht mehr. Die aktuell laufende Behandlung könne daher nicht als Rückfall gewertet werden (Suva-act. I/54). Am 2. September 2013 führte Dr. E.___ aus, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass eine stark überwiegende Verursachung der Ellenbogengelenksarthrose durch die über viele Jahre andauernde ergonomisch ungünstige Belastung des rechten Armes am Arbeitsplatz erfolgt sei (Suva-act. I/56).

A.h Am 10. Januar 2014 berichtete Dr. K.___ über eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Insomnie (ICD-10: F51.0) bei Schmerzsyndrom im Rahmen der Arthrose des rechten Ellbogens und der Chondropathie des rechten Kniegelenks. Beim Versicherten liege keine psychiatrische, von der somatischen Erkrankung unabhängige Störung vor, welche eine Invalidität begründen könne (Suva-act. II/40-12 f.). Der Versicherte wurde am 15. Januar 2014 durch Kreisärztin med. pract. O.___, Fachärztin für Chirurgie FMH, untersucht. Tags darauf listete diese als (berufsbedingte) Diagnosen eine Ellbogengelenkarthrose rechts und einen Status nach Epicondylitis humeri radialis



rechts auf. Die rechte obere Extremität sei nahezu funktionslos. Als “unfallfremd“ erachtete sie unter anderem mässiggradige degenerative Schultergelenkveränderungen Grad II rechts, eine mässiggradige Ansatzdegeneration der Subscapularissehne rechts, einen wechselnden Tremor Arm rechts, eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression sowie eine Gonarthrose rechts (Suva-act. II/34). Nach Einholung weiterer medizinischer Akten befand med. pract. O.____ am 6. Februar 2014, die Funktionseinschränkung, die massive Schonhaltung des rechten Armes und auch der Tremor seien nicht vollumfänglich durch die Ellbogenarthrose erklärt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit November 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit (Suva-act. II/42). Am 13. März 2014 berichtete Dr. P.____ über einen weiterhin bestehenden Verdacht auf einen chronischen Vibrationsschaden (Arbeit mit Schleifgeräten) im Bereich der oberen Extremität beidseits interferierend mit einem peripheren Nervus medianus-Kompressionssyndrom beidseits, einem Halte- und Aktionstremor beidseits, rechtsbetont, und einem Diabetes mellitus Typ 2 (Suva-act. II/52).

A.i Im Auftrag der Suva (vgl. Suva-act. II/70) wurde der Versicherte im Oktober und November 2014 durch Ärzte der MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär (rheumatologisch, psychiatrisch, neurologisch, orthopädisch) abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 7. Januar 2015 befanden diese, als Berufskrankheit liege eine beidseitige Ellbogengelenksarthrose vor. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte zu 100% arbeitsfähig. Aufgrund der Ellenbogenarthrose beidseits bestehe eine Integritätseinbusse von 20% (Suva-act. II/79 ff.).

A.j Die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hatten am 1. Dezember 2014 unter anderem ein chronifiziertes nozizeptives Schmerzsyndrom Stadium II nach Gebershagen mit Verdacht auf chronischen Vibrationsschaden der oberen Extremität beidseits diagnostiziert. Die Genese der Beschwerden schein primär mechanischer Fehl-/Überbeanspruchung und den daraus resultierenden degenerativen Veränderungen geschuldet. Zudem stellten sie magnetresonanztomographisch multiple Signalstörungen der weissen Substanz beidseits unklarer Genese fest (Suva-act. II/86-19 ff.). Dr. P.____ hatte am 12. Dezember 2014 über einen Verdacht auf chronischen Vibrationsschaden der oberen Extremität beidseits bei entsprechender beruflicher Vorbelastung berichtet (Suva-act. II/86-14 ff.).



St.Galler Gerichte

A.k Auf Nachfrage der Suva präzisierte Dr. med. Q.____, MEDAS-Gutachter, am 24. März 2015, es sprächen mehr Gründe für eine mehrheitlich nicht berufsbedingte Genese des CTS als dagegen (Suva-act. II/89). Med. pract. O.____ führte am 5. Mai 2015 aus, gemäss Gutachten stelle das CTS keine Berufskrankheit dar. Es könne von einem Endzustand Ende 2012/Anfang 2013 ausgegangen werden (Suva-act. II/90).

A.l Mit Verfügung vom 25. August 2015 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2013 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 28% und eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 20% zu (Suva-act. I/72).

B.

B.a Dagegen erhob der Versicherte am 9. September 2015 Einsprache (Suva-act. I/74) und begründete diese am 28. Oktober 2015 (Suva-act. II/121).

B.b Die Suva wies die Einsprache mit Entscheid vom 21. Juni 2016 ab (Suva-act. I/80).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 21. Juni 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 30. Juli 2016. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) beantragte darin dessen Aufhebung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen, das heisst eine "ganze" Invalidenrente ab spätestens dem 1. Januar 2013 und eine Integritätsentschädigung auf der Basis von mindestens 80%. Eventualiter sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es seien weitere Abklärungen zu veranlassen. Er brachte vor, das CTS und der Tremor stellten Berufskrankheiten dar, weshalb die Beschwerdegegnerin für die Folgen derselben leistungspflichtig sei. Aufgrund der psychischen Beschwerden, des CTS und des Tremors seien eine höhere Integritätsentschädigung und Invalidenrente als zugesprochen geschuldet (act. G1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 9. September 2016 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie führte aus, das CTS sei gemäss MEDAS-Gutachten überwiegend wahrscheinlich keine Berufskrankheit. Ein Tremor im Sinne einer Berufskrankheit könne bereits mangels



St.Galler Gerichte

überwiegend wahrscheinlicher Organizität desselben ausgeschlossen werden. Die Ellbogenarthrose als leistungsbegründende Berufskrankheit sei keinesfalls geeignet, die geltend gemachten psychischen Störungen zu verursachen. Die Adäquanz derselben sei damit zu verneinen (act. G3).

C.c In seiner Replik vom 27. Oktober 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Er machte geltend, verschiedene medizinische Fachpersonen teilten die Einschätzung der MEDAS-Gutachter, wonach der Diabetes Ursache für das CTS sei, nicht. Der Tremor sei neurologisch erklärbar und das neurologische MEDAS-Gutachten nicht überzeugend. Der Arbeitsfähigkeitsgrad sei unter Berücksichtigung aller berufsbedingten Beschwerden neu zu beurteilen (act. G10). Er reichte einen Bericht von Dr. med. R.____, Arzt an der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen am Departement für Innere Medizin des KSSG vom 3. Oktober 2016 ein, welcher den Diabetes nicht als Ursache des Karpaltunnelsyndroms erachtet hatte (act. G10.1).

C.d Mit Eingabe vom 28. November 2016 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest (act. G12).

C.e Am 5. Dezember 2017 reichte der Beschwerdeführer diverse im Jahr 2017 erstellte medizinische Berichte ein (act. G17). Die Beschwerdegegnerin nahm am 19. Dezember 2017 Stellung dazu (act. G19).

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 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend stehen Beeinträchtigungen zur Debatte, die bereits 2008/2009 erstmals aufgetreten sind, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung finden.



2.

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

2.1 Nach Art. 9 Abs. 1 UVG gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, als Berufskrankheiten. Rechtsprechungsgemäss liegt eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten dann vor, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C_465/2011, E. 7.1). Ausschliessliche Verursachung hingegen meint praktisch 100% des ursächlichen Anteils der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit (BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweis). Der Bundesrat erstellt laut Art. 9 Abs. 1 Satz 2 UVG die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 UVV hat er in Ziff. 1 des Anhangs 1 zur UVV abschliessend die schädigenden Stoffe (Listenstoffe) aufgeführt und in Ziff. 2 des Anhangs 1 zur UVV ebenfalls abschliessend die Krankheiten (Listenkrankheiten), die mit bestimmten Arbeiten korrespondieren, aufgezählt. Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG). Dies ist praxisgemäss der Fall, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde (BGE 119 V 201 E. 2b). Bei unklarem Beschwerdebild lässt sich die Frage des Nachweises einer stark überwiegend berufsbedingten Verursachung in aller Regel nicht positiv beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2002, U 2/00, E. 2b/bb).

2.2 Die Rechtsprechung zur Adäquanz von psychischen Fehlentwicklungen nach Unfällen ist bei psychischen Störungen, welche im Zusammenhang mit



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

2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a, BGE 121 V 210 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsrecht tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte; bei einer leistungsaufhebenden Tatfrage liegt die Beweislast somit beim Unfallversicherer, bei einer leistungsbegründenden Tatfrage bei der versicherten Person. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die Versicherungsträger haben dabei alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Anspruchs gestatten. Dass allenfalls bestimmte Beweismittel nicht (mehr) erhoben werden können, ändert an der Massgeblichkeit des Regelbeweisgrads nichts (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Bern/St.Gallen/Zürich 2015, Art. 43 Rz 46 ff.).

3.



St.Galler Gerichte

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung gilt ein CTS als Drucklähmung der Nerven im Sinne des Anhangs 1 zur UVV (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 4. Mai 2001, U 60/00, E. 1.b mit weiteren Hinweisen). Fraglich ist damit, ob es sich beim vorliegenden CTS um eine Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 1 UVG handelt.

3.1 Dass der Beschwerdeführer über viele Jahre einer Tätigkeit mit stereotyp-repetitiver ergonomisch ungünstiger Belastung der Vorderarme und Vibrationen ausgesetzt war und das Risiko zur Entwicklung eines CTS dadurch erhöht wurde, ist unbestritten (vgl. Suva-act. II/79-31, act. G1). Dies belegt auch der vom Beschwerdeführer erwähnte Bericht des ärztlichen Sachverständigenbeirats "Berufskrankheiten" beim deutschen Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wissenschaftliche Begründung für die Berufskrankheit, "Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen" (vgl. act. G1, Bericht abrufbar unter <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/Merkblaetter.html>, zuletzt eingesehen am 16. Juli 2018).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Verneinung des CTS als Berufskrankheit primär auf das MEDAS-Gutachten vom 7. Januar 2015 (Suva-act. II/79 ff.) und die Stellungnahme des Gutachters Dr. Q.____ vom 24. März 2015 (Suva-act. II/89). Die Gutachter verwiesen auf eine Studie, welche von der beruflichen Tätigkeit unabhängige, signifikante, mit einem CTS assoziierte Faktoren ermittelt habe. Dazu gehörten unter anderem ein höheres Lebensalter und Diabetes mellitus, letzterer sei dabei der gewichtigste Risikofaktor. Sie schlossen, der Beschwerdeführer habe als Diabetiker ein im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöhtes Risiko, ein CTS zu entwickeln. Ebenso sei eine gewisse altersbedingte Komponente - der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der Begutachtung rund 62 Jahre alt - anzunehmen (Suva-act. II/79-29 f., vgl. auch neurologisches Teilgutachten; Suva-act. II/83-9 f.). Der Beschwerdeführer gab gegenüber den MEDAS-Gutachtern an, der Diabetes sei bei seiner ersten Ellbogenoperation 2009 auf-gefallen (Suva-act. II/79-16; Operation vom 19. März 2009, Suva-act. I/6). Auch den weiteren Akten ist mehrfach



eine Erstdiagnose im März 2009 zu entnehmen (vgl. Suva-act. II/25-97 ff., II/52, II/86-3 ff., act. G10.1), wohingegen der Beschwerdeführer in der Replik vom 27. Oktober 2016 eine Erstdiagnose im Juli 2009 geltend macht (act. G10). Selbst wenn man auf seine Darstellung abstellen wollte, bedeutet dies jedoch nicht, dass der Diabetes nicht schon zuvor – unerkannt – bestanden und die Entwicklung des ebenfalls 2009 erstmals diagnostizierten CTS (anamnestisch seit Juni 2008 bestehend) begünstigt hat. Die behandelnden Ärzte des KSSG erachteten den Diabetes in ihrem Bericht vom 3. Oktober 2016 “angesichts der stets gut eingestellten diabetischen Stoffwechsellage“ sowie der fehlenden Hinweise auf periphere Polyneuropathie nicht als Ursache des CTS (act. G10.1). Im selben Bericht wird jedoch erwähnt, dass die diabetische Stoffwechsellage initial, also bei Behandlungsbeginn im Juli 2009 entgleist gewesen sei (act. G10.1). Somit ist ihre Einschätzung, der Diabetes werde nicht als Ursache des CTS erachtet, nicht plausibel begründet. Es ist durchaus denkbar, dass der (noch unerkannte) Diabetes die Entstehung des CTS begünstigte. Wie der Beschwerdeführer richtigerweise vorbringt (act. G1), ist die Prävalenz eines CTS bei Frauen höher als bei Männern (vgl. Bericht des ärztlichen Sachverständigenbeirats, a.a.O., S. 5; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 919). Dies ändert jedoch nichts an den überzeugenden Ausführungen der MEDAS-Gutachter, wonach Personen in fortgeschrittenem Alter, welche zudem an Diabetes erkrankt sind, ein höheres Risiko für die Entwicklung eines CTS haben als die Durchschnittsbevölkerung.

3.3 Gegen eine berufliche Genese spricht beim Beschwerdeführer auch, dass er bereits seit 1980 (vgl. Suva-act. II/25-18 ff., II/25-24) bei der gleichen Arbeitgeberin beschäftigt war und gemäss den Angaben in der Beschwerde sich seine Tätigkeit seither nicht gross geändert hat (vgl. act. G1, S. 12; in den Akten ist lediglich ein Wechsel des Arbeitsgeräts erwähnt; vgl. Suva-act. II/83-6, I/43-5), das CTS aber aktenkundig erst 2009 diagnostiziert wurde. Gemäss dem Bericht des ärztlichen Sachverständigenbeirats (a.a.O., S. 7) liegen zum zeitlichen Verlauf bis zum Auftreten eines CTS in der Literatur unterschiedliche Angaben vor, ganz überwiegend reichen aber zum Teil kurze Expositionszeiten aus. Ein Kausalzusammenhang ist dann plausibel, wenn der Erkrankungsbeginn in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der Exposition steht. Wie die neurologische MEDAS-Teilgutachterin Dr. med. S.____ ausserdem überzeugend ausführt, sprechen die weiteren klinischen Befunde, welche auf eine Polyneuropathie hinweisen, gegen ein berufsbedingtes CTS (Suva-act. II/



83-10). Im Hauptgutachten findet sich ebenfalls der Vermerk, es lägen Hinweise auf eine sensible Polyneuropathie vor, welche auch einen Teil der geklagten Armschmerzen erklären könnte (Suva-act. II/79-28). Bei einer berufsbedingten Genese erschiene es nicht plausibel, dass die mit dem CTS assoziierten Beschwerden trotz seit November 2011 durchgehender Arbeitsunfähigkeit, also fehlender beruflicher Belastung, persistierten, sich die Beschwerden links verstärkten und eine Operation notwendig wurde bzw. es zu einem Rezidiv des CTS rechts kam (vgl. act. G17.4 ff.).

3.4 Vor diesem Hintergrund ist die Einschätzung der MEDAS-Gutachter, wonach "mehr Gründe" für eine mehrheitlich nicht berufsbedingte Genese des CTS sprechen (Suva-act. II/79-31, II/89), überzeugend. Dass die Gutachter bei ihrer Einschätzung ursprünglich fälschlicherweise von einem Grenzwert von 75% (Art. 9 Abs. 2 UVG) statt 50% (Art. 9 Abs. 1 UVG) ausgingen, ist dabei unerheblich, zumal "mehr Gründe" für die Verneinung einer Wahrscheinlichkeit von über 50% ausreichen. Das CTS beidseits kann damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ausschliesslich oder vorwiegend durch die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers verursacht betrachtet werden. Eine Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG ist damit zu verneinen.

4.

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, der Tremor der rechten oberen Extremität sei als Berufskrankheit anzuerkennen (act. G1).

4.1 Der Tremor des Beschwerdeführers lässt sich nicht unter die Erkrankungen durch Vibrationen gemäss Anhang 1 UVV subsumieren, zumal davon nur radiologisch nachweisbare Einwirkungen auf Knochen und Gelenke oder Einwirkungen auf den peripheren Kreislauf erfasst sind, welche beim Beschwerdeführer nicht vorliegen. Es sind damit die Voraussetzungen von Art. 9 Abs. 2 UVG zu prüfen, mithin zu beurteilen, ob der Tremor ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden ist.

4.2 Die MEDAS-Gutachter beurteilten, es liege ein inkonstanter, vermutlich nicht organisch bedingter, am ehesten funktioneller Tremor vor (Suva-act. II/79-28). Weder



der orthopädische Teilgutachter noch die neurologische Teilgutachterin Dr. S.____ hielten den Tremor aus Sicht ihres Fachgebietes für erklärbar (Suva-act. II/81-5, II/83-10). Dr. S.____ hatte einen Verdacht auf eine funktionelle Bewegungsstörung im rechten Arm mit Verdacht auf Tremor (im rechten Arm, mit Ausbreitungstendenz) gestellt (Suva-act. II/83-6). Sie befand weiter, der Tremor könne momentan keinem bestimmten Tremorsyndrom zugeordnet werden; insbesondere seien kein extrapyramidales Syndrom, kein cerebelläres Syndrom und kein essentieller Tremor vorhanden. Differentialdiagnostisch komme ein medikamentös induzierter Tremor in Frage. Auch ein funktioneller Tremor im Sinne einer psychogenen Störung sei in Betracht zu ziehen; dafür hinweisend seien der plötzliche Beginn und das rasche Sistieren der Bewegungsstörung sowie auch die variable Manifestation des Tremors (Suva-act. II/83-8). Der wechselnde Befund bei der Untersuchung weise auf eine nicht-organische Ursache hin. Ein berufsbedingter Tremor liege nicht vor (Suva-act. II/83-10). Dies stimmt mit den weiteren ärztlichen Beurteilungen, wonach der Tremor nicht organisch bedingt ist, überein. Dr. P.____ und Dr. F.____ hatten am 15. bzw. 16. April 2011 einen unklaren Tremor des rechten Arms mit Verdacht auf chronischen Vibrationsschaden der Handnerven beidseits sowie einen Halte- und Aktionstremor beidseits diagnostiziert. Hinsichtlich des Tremors sei eine dystone Komponente im Sinne einer segmentalen Dystonie denkbar. Prädisponierend hierfür seien periphere Nervenschädigungen, wie sie beim Beschwerdeführer vorlägen. Daneben bestünde auch die Möglichkeit eines aufgabenspezifischen verstärkten Tremors (Suva-act. II/19-2 ff.). Aus dem blossen Verdacht auf einen Vibrationsschaden und der erwähnten Möglichkeit einer aufgabenspezifischen Verstärkung lässt sich jedoch nicht ableiten, der Tremor sei berufsbedingt. Der Verdacht wurde in der Folge nicht bestätigt, sondern blieb weiterhin lediglich als Verdachtsdiagnose bestehen (vgl. Suva-act. II/52, II/86-14 ff., II/86-19 ff., II/86-22 ff.). Dr. P.____ hielt am 18. April 2017 fest, die funktionelle Dystonie sei neurologisch nicht erklärbar (act. G17.4). Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (act. G1) entkräftet die Einschätzung von Dr. P.____ das neurologische Teilgutachten folglich nicht. Dr. S.____ hatte zudem Kenntnis der Vorakten, insbesondere der Berichte von Dr. P.____, und setzte sich mit diesen auseinander (Suva-act. II/83-1 f., 83-6 f.). Auch Dr. N.____ sprach von einem unklaren Tremor, den sie aus neurologischer Sicht nicht sicher einordnen könne. Sie vermute differentialdiagnostisch eher einen nicht neurologisch-organisch bedingten Tremor



aufgrund des während der Untersuchung etwas wechselnden Erscheinungsbildes (Suva-act. I/43-8 f.). Dr. L.____ hielt – wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt (act. G10) – zur Beurteilung offenbar ein MRI des Ellbogens und der Schulter rechts für notwendig (Suva-act. II/43, I/51 f.). Unter Berücksichtigung dieser Bildgebung befanden Dr. L.____ und Dr. N.____ sodann, der Tremor sei höchstwahrscheinlich nicht organischer Ursache (Suva-act. I/43-13). Schliesslich erachtete auch med. pract. O.____ den Tremor für höchstwahrscheinlich nicht organisch verursacht und hielt diesen für “unfallfremd“ (Suva-act. II/34, II/42). Dr. K.____ erwähnte einen Tremor unklarer Genese – am ehesten Schädigung der Handnerven beidseits, entstanden durch Vibrationen der Schleifgeräte am Arbeitsplatz (Suva-act. I/34-44). Dabei ist jedoch zu beachten, dass sie als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie nicht in der Lage ist, die Genese des Tremors aus somatischer Sicht zu beurteilen, und sich ihre Einschätzung wohl aus einer Interpretation der vorliegenden Akten und den Angaben des Beschwerdeführers ergab. Eine plausible Begründung für ihre Aussage liefert sie jedenfalls nicht. Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Suva-act. I/80) ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass der Tremor gemäss Dr. S.____ eine Ausbreitungstendenz auf den ganzen Körper hat (Suva-act. II/83-9), was einen Zusammenhang mit der manuellen Arbeit an einer vibrierenden Schleifmaschine zusätzlich in Frage stellt.

4.3 Zusammengefasst ist der Tremor organisch nicht erklärbar, sodass der Beweis, dass es sich dabei um eine organische Berufskrankheit handelt, misslingt. Zudem wäre er selbst bei Vorliegen eines organischen Grundes nicht stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht. Soweit eine psychische Ursache in Frage kommt, wird nachfolgend darauf eingegangen.

5.

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



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

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



5.3 Mit der Beschwerdegegnerin (act. G3) ist davon auszugehen, dass die Ellbogenarthrose rechts nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht geeignet ist, die psychischen Störungen des Beschwerdeführers, insbesondere die subsyndromale Depression, zu verursachen. Es ist zwar denkbar, dass im Sinne der Beurteilungen von Dr. K.____ die psychischen Beschwerden durch die zahlreichen somatischen Einschränkungen mitverursacht wurden. Dies lässt jedoch nicht darauf schliessen, dass die einzige sich noch klinisch auswirkende Berufskrankheit der Ellbogenarthrose rechts ausschlaggebend gewesen wäre. Der Beschwerdeführer bringt dagegen lediglich vor, wer aufgrund von Berufskrankheiten andauernd Schmerzen im Ellbogen und in der Hand habe und aufgrund des Zitterns einen vollständigen oder teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit erleide, zeige ein psychiatrisches Krankheitsbild, wie es beim Beschwerdeführer vorliege (act. G1). Dabei ist zu wiederholen, dass von den aufgezählten Beschwerden lediglich die Schmerzen im Ellbogen relevant sind. Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den im Sinne der vorangehenden Erwägungen anerkannten Berufskrankheiten und den psychischen Beschwerden ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Ob eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt, kann unter diesen Umständen offen bleiben. Auch eine Prüfung des psychiatrischen Teilgutachtens im Hinblick auf die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung bezüglich Standardindikatoren (BGE 141 V 281) erübrigt sich.

6.

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



Suva-act. I/80) eingetretenen massgeblichen Veränderungen geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit.

7.

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



Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.). Mit einem Tabellenlohnabzug von 10% hat die Beschwerdegegnerin dies jedoch bereits genügend berücksichtigt.

8.

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

9.

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

10.

10.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

10.2 Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.



10.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.