

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/59 vom 25. März 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2012\\_59](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_59)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/59 du 25 mars 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/59 del 25 marzo 2013

## **Regeste**

Art. 6 UVG. Art. 11 UVV. Die am 26. August 2009 bzw. 28. September 2009 als Rückfall zum Unfall vom 15./17. Januar 2008 (und vom 20. Februar 2008) geltend gemachten Beschwerden im Bereich der linken Hand und des linken Unterarms (Verdacht auf CRPS bzw. Morbus Sudeck) stehen nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 15./17. Januar 2008 (und vom 20. Februar 2008) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 25. März 2013, UV 2012/59). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_359/2013.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 42 ff.). Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 46; BGE 125 V 456; 123 III 110; 112 V 30).

1.2 Gemäss Art. 11

der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c). 1.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee).

## **E. 2**

2.1 Mit Verfügung vom 16. September 2008 stellte die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen (Taggelder, Heilbehandlung) mangels Vorliegens objektivierbarer behandlungsbedürftiger Unfallfolgen auf den 16. September 2008 ein (Suva-act. 44). Zu prüfen ist, ob die am 26. August 2009 bzw. 28. September 2009 als Rückfall zum Unfallereignis vom 15./17. Januar 2008 (und vom 20. Februar 2008) geltend gemachten Beschwerden im Bereich der linken Hand und des linken Unterarms in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu diesem stehen und entsprechend eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen. 2.2 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es aber auch anerkannte unfallkausale Schmerzsyndrome, wie das CRPS bzw. den Morbus Sudeck, die auftreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 695 ff.). Die Diagnose eines CRPS erfolgt mittlerweile anhand der Budapest-Kriterien, welche aus einer Konsensuskonferenz im Jahr 2006 resultieren. Typischerweise treten die Beschwerden innerhalb kurzer Zeit nach einem auslösenden Ereignis - nach der Rechtsprechung wird für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers eine Latenzzeit von 6 bis 8 Wochen vorausgesetzt - auf (vgl. <<http://rheumatologie.universimed.com/artikel/komplexes-regionales-schmerzsyndrom-typ-1-crps-1>>, abgerufen am 20. Februar 2013; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche

Abteilungen des Bundesgerichts] vom 6. September 2006, U 23/06, E. 2.3 mit Hinweis).

2.3 Mit undatiertem, am 11. August 2009 übersetztem Bericht der neurologischen Abteilung des Regionalen Krankenhauses D.\_\_\_\_ (Kosovo) wurde eine posttraumatische Neuropathie (neuropathische Schmerzen, Nervus Ulnar links) vermutet (Suva-act. 52).

2.4 In einem auf den 27. Oktober 2008 datierten Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt Schmerztherapie, FMH Anästhesiologie/FA Interventionelle Schmerztherapie, Departement Anästhesie, Spital I.\_\_\_\_, wurden die Beschwerden als absolut glaubhaft beschrieben (Suva-act. 61; es ist möglich, dass die erste Seite dieses Berichts verwechselt wurde). Von einer Somatisierung dürfe nicht ausgegangen werden. Nur weil radiologisch kein eindeutiges Korrelat bestehe, könne nicht behauptet werden, dass keine mikroskopischen Gelenkverletzungen vorhanden seien. Als Ursache müsse eine unfallbedingte Gelenkkontusion mit nachfolgender Entwicklung eines dystrophen Schmerzbildes postuliert werden. Die lokalen Befunde mit morgendlicher sowie belastungsabhängiger Schmerzzunahme, starker Druckdolenz und Kältegefühl sprächen eindeutig für eine neurogene Schmerzkomponente.

2.5 Am 27. Oktober 2009 berichtete pract. med. C.\_\_\_\_ über chronische Schmerzen im linken Handgelenk-/Handbereich nach Prellung des linken Handgelenk-Vorderarmbereichs am 16. Januar 2008 (Suva-act. 61).

2.6 Mit Bericht vom 3. November 2009 diagnostizierte Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, ein komplexes regionales Schmerzsyndrom der linken Hand (Morbus Sudeck) nach Prellung/Stauchung der linken Hand im Januar 2008 nach Sturz von einer Treppe (Suva-act. 58). Als Ursache der Schmerzen sowie der Minderinnervation vermute er am ehesten eine noch leichte Form des komplexen regionalen Schmerzsyndroms. Passend dazu finde sich eine reduzierte Reaktion beim sympathischen Hautreflex in der Elektrophysiologie. Die Neurographie der Armnerven sei dagegen gänzlich unauffällig gewesen. Eine Verletzung des Nervs könne somit nicht verifiziert werden. Auch die Elektromyographie aus dem Musculus interosseus dorsalis I sei unauffällig gewesen.

2.7 Am 17. Dezember 2009 berichtete Dr. H.\_\_\_\_ von der am 3. Dezember 2009 durchgeführten Stellatumblockade links (Suva-act. 66). Die Punktion habe in einer guten Blockade mit Horner-Zeichen, Hyperämie und Überwärmung im gesamten linken Arm resultiert. Die Schmerzsymptomatik sei - bis auf einen leichten Restschmerz im ulnaren Handgelenk - verschwunden. Die Patientin habe die Wärme als sehr angenehm empfunden. Anlässlich der Nachkontrolle vom 10. Dezember 2009 sei über eine Beschwerdelinderung bis am Abend berichtet worden, die Schmerzen seien während ca. drei Tagen deutlich intensiver gewesen, um dann wieder auf den gewohnten Pegel zu sinken. Seit der Punktion klage die Patientin zusätzlich über linksseitige Nacken- und Kopfschmerzen sowie Lichtempfindlichkeit. Eine Erklärung für diese anhaltenden Symptome hatte Dr. H.\_\_\_\_ nicht.

2.8 Am 18. Februar 2010 nahmen die Suva-Versicherungsmediziner Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ Stellung zur Frage, ob neue Befunde vorlägen, die mindestens wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 15. Januar 2008 stehen würden und wenn ja, um welche Befunde es sich handle (Suva-act. 68). Dabei stellten sie zunächst in Bezug auf den Grundfall fest, dass die Kontusion des linken Handgelenks und des linken Vorderarms vom 15. Januar 2008 zu keiner objektivierbaren strukturellen Verletzung geführt habe. Das Auftreten eines Hämatoms sei echtzeitlich nicht dokumentiert. Zum Stellenwert der kernspintomographisch am 19. März 2008 dargestellten Läsion des TFCC hätten sich bereits die beiden Handchirurgen Dr. med. K.\_\_\_\_, Handchirurgie FMH, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Leitender Arzt Handchirurgie, Kantonsspital X.\_\_\_\_, geäußert und diesem Befund keine pathologische, die Beschwerden erklärende Bedeutung beigemessen. Auch eine

Bandverletzung habe in der Kernspintomographie nicht nachgewiesen werden können. Echtzeitlich zum Unfall seien auch keine neurologischen Ausfälle dokumentiert worden. Nach diesem als bagatellär einzustufenden Trauma sei es jedoch zu einem chronischen Schmerzsyndrom gekommen, welches sich trotz wiederholter Abklärungen diagnostisch nicht klar eingrenzen liesse. Die Versicherungsmediziner gingen anschliessend der Frage nach, ob das im Rückfall diagnostizierte neurogene Schmerzsyndrom (Bericht Dr. H.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2008) bzw. das von Prof. J.\_\_\_\_ diagnostizierte CRPS der linken Hand (Bericht vom 3. November 2009) als neuer Befund gewertet werden müsse, der zumindest wahrscheinlich ursächlich auf den Unfall vom 15. Januar 2008 zurückzuführen wäre. Eine Nervenverletzung, aufgrund der sich ein neuropathisches Schmerzsyndrom hätte entwickeln können, habe bisher nicht objektiviert werden können. Weder Dr. med. M.\_\_\_\_, Neurologie FMH, Leitender Arzt/Chefarzt Stv. Der Klinik für Neurologie und Neurorehabilitation, Klinik Y.\_\_\_\_, im Grundfall noch Prof. J.\_\_\_\_ im Rückfall hätten bei ihren elektroneurographischen Abklärungen Hinweise auf pathologische Messwerte des Nervus medianus und Nervus ulnaris gefunden. Wie die Akten zeigen würden, sei ein CRPS bereits im Grundfall in Erwägung gezogen worden (Dr. M.\_\_\_\_, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin und Facharzt FMH Rheumatologie, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Bewegungsapparates, Klinik Y.\_\_\_\_, sowie Dr. L.\_\_\_\_), ohne dass die Diagnose jedoch erhärtet werden konnte. Die mit einem CRPS einhergehenden trophischen Störungen (ein diagnostisches Kriterium gemäss IASP) seien einzig anlässlich der Untersuchung durch Dr. L.\_\_\_\_ im August 2008 beschrieben worden, bei der einen Monat später vorgenommenen kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie, vom 15. September 2008 jedoch nicht mehr. Dr. M.\_\_\_\_ habe ein CRPS wegen einer reduzierten Hauttemperatur (als Hinweis auf eine Störung der autonomen Innervation) in Betracht gezogen. Eine kühlere Hauttemperatur sei allerdings insofern unspezifisch, als sie auch durch alleinige Schonung einer Extremität erklärt werden könne. In der klinisch neurophysiologischen Zusatzdiagnostik durch Dr. M.\_\_\_\_ am 9. Juni 2008 hätten sich keine Zeichen für Läsionen des linken Nervus medianus oder des linken Nervus ulnaris gefunden, die definitive Diagnose eines CRPS sei vom Neurologen Dr. M.\_\_\_\_ nicht gestellt worden. Zudem habe Dr. O.\_\_\_\_ bei seiner kreisärztlichen Untersuchung vom 15. September 2008 eine symmetrische Hauttemperatur an beiden Händen vorgefunden. Der Befund einer kühleren Temperatur sei somit nicht konstant vorhanden gewesen. Auch im Bericht des Neurologen aus dem Kosovo sei ausschliesslich die Vermutung einer posttraumatischen Neuropathie des Nervus ulnaris links ausgesprochen, ein klinisch neurophysiologischer Nachweis jedoch nicht dokumentiert worden. Prof. J.\_\_\_\_ stütze sich bei seiner Diagnose auf eine reduzierte Reaktion beim sympathischen Hautreflex in der Elektrophysiologie. Dieser isolierte Testbefund sei jedoch im Hinblick auf die Diagnostik eines CRPS ungenügend validiert und die Untersuchungsbefunde von Prof. J.\_\_\_\_ liessen nach den anerkannten Kriterien der IASP für ein CRPS eine definitive Diagnose eines solchen aus neurologischer Sicht nicht zu. Die nach wie vor klinisch erfolgende Diagnose eines CRPS werde aufgrund der Kriterien von Harden und Bruehl gestellt. Im Fall der Versicherten sei ein entscheidendes Kriterium nicht erfüllt, nämlich das einer Allodynie und einer Hyperpathie. Prof. J.\_\_\_\_ habe bei seiner Untersuchung eine leichte Hypalgesie und Hyposensibilität festgestellt und klinisch keine trophischen Störungen an der linken Hand festgehalten. Damit würden wesentliche Kriterien zur Bestätigung der Diagnose eines CRPS fehlen. Es seien dieselben Kriterien, die bereits im Grundfall gefehlt hätten, weswegen die Diagnose eines CRPS nicht erhärtet

werden könne. Zusammenfassend würden im Rückfall keine anderen Beschwerden geschildert und keine anderen klinischen Befunde erhoben als die bereits im Grundfall dokumentierten. Sie seien lediglich in diagnostischer Hinsicht anders gedeutet worden als im Grundfall, wobei die diagnostische Validität eines CRPS hinterfragt werden müsse, welches zwar bereits im Grundfall erwogen, aber nicht bestätigt worden sei. Auf neurologischem Gebiet hätten weder im Grundfall, noch nach der Rückfallmeldung Hinweise für unfallbedingte Schädigungen des peripheren Nervensystems der Versicherten vorgelegen. Da keine neuen medizinischen Befunde vorlägen, bestehe kein Anlass, von der Beurteilung des Kreisarztes Dr. O.\_\_\_\_ vom 15. September 2008 abzuweichen, wonach keine wesentlichen, strukturell fassbaren und organisch eingrenzbaeren Befunde festgestellt worden seien, eine deutliche Somatisierung bei weitgehend fehlendem Verletzungssubstrat vorhanden sei und keine Indikation für weitere Abklärungen oder Operationen beständen und auch keine kausale Therapie angeboten werden könne. 2.9 Mit neurologischer und chirurgischer Beurteilung vom 23. März 2012 nahmen Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ zum von der IV-Stelle des Kantons St. Gallen veranlassten, interdisziplinären psychiatrischen und orthopädischen Gutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, St. Gallen, und Dr. G.\_\_\_\_ vom 31. Juli 2010 Stellung (UV-act. 93). Aus neurologischer Perspektive enthalte der klinische Untersuchungsbefund von Dr. G.\_\_\_\_ ausschliesslich die Wiedergabe der Angabe einer Sensibilitätsstörung im Bereich des Ring- und Kleinfingers und der ulnaren Seite des Mittelfingers, ohne jedoch eine Seitenangabe zu machen. Ein isolierter Sensibilitätsbefund, der stets von der Mitwirkung und der Angabe der untersuchten Person abhängig sei, könne nicht im Sinn einer wahrscheinlichen organischen neurologischen Schädigung gewertet werden. Die (neurologisch nicht nachvollziehbare) Diagnose eines CRPS 1 durch Dr. G.\_\_\_\_ bedeute ausdrücklich, dass keine zugrunde liegende (unfallbedingte) neurologische organische Störung von den Untersuchern Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ angenommen worden sei. Für das Fehlen von erheblichen Unfallfolgen im Bereich der linken Hand spräche zudem, dass die Versicherte am 8. März 2011 bei der Reinigung ihres Wagens und als Lenkerin eines Personenwagens beobachtet worden sei. Zusammenfassend sei aus neurologischer Sicht weder unter Berücksichtigung der umfangreichen Unterlagen als Grundlage für die neurologische und chirurgische Beurteilung vom 18. Februar 2010, noch des von der Invalidenversicherung angeforderten psychiatrischen und orthopädischen Gutachtens vom 31. Juli 2010 eine Unfallfolge erkennbar, welche eine Rückfallmeldung zum Unfall vom 15. Januar 2008 rechtfertigen könne. Dr. G.\_\_\_\_ stelle die Diagnose eines CRPS vom Typ I aufgrund von Befunden, die bereits früher aktenkundig gewesen seien. So habe der Handchirurg Dr. L.\_\_\_\_ eine teigige Schwellung des Handrückens sowie eine leichte livide Verfärbung der Hohlhand beschrieben (Bericht vom 14. August 2008); Befunde, die auch Dr. G.\_\_\_\_ knapp zwei Jahre später festgehalten habe. Sowohl die diffuse Schwellung des Handrückens als auch die Lividverfärbung, die leichte Atrophie von Thenar und Hypothenar sowie die Beweglichkeitseinschränkung der Finger könnten jedoch allein die Folge einer medizinisch nicht indizierten dauernden Ruhigstellung auf einer Schiene bzw. des Nichtgebrauchs einer Extremität sein. Diese Befunde seien somit isoliert betrachtet unspezifisch und könnten nicht als hinreichendes Kriterium für ein CRPS herangezogen werden. Eine Allodynie oder eine Hyperpathie seien auch bei der Untersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_ nicht beschrieben worden. Die Stadieneinteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ beruhe nicht auf der aktuellen medizinischen Wissenschaft. Unter Anwendung der Budapest-Kriterien könne deshalb die Diagnose eines CRPS auch unter Berücksichtigung der von Dr. G.\_\_\_\_

erhobenen Befunde nach wie vor nicht bestätigt werden. Die im Gutachten festgehaltene schwere Funktionsstörung des linken Arms kontrastiere zudem diametral mit dem in einem Schreiben der Sozialversicherungsanstalt St. Gallen vom 7. Dezember 2011 erwähnten Observationsbericht. Die in der Gutachtensituation demonstrierte Funktionsstörung des linken Arms beruhe somit zum grössten Teil auf der Verhaltensebene und könne nicht mit organischen Unfallfolgen erklärt werden.

### **E. 3**

3.1 In medizinischer Hinsicht besteht Einigkeit darüber, dass für die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden - abgesehen von einer kleinen Läsion des triangulären fibrokarilaginären Komplexes (TFCC), der die Symptomatik jedoch kaum zu erklären vermag - weder im Grund- noch im Rückfall eine strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat gefunden werden konnte (vgl. Suva-act. 12, 21, 22, 27, 28, 30, 37, 41, 61, 68, 78, 93). Anhaltspunkte für eine psychische Komponente finden sich lediglich im Bericht vom 27. Oktober 2009 von pract. med. C.\_\_\_\_, wo eine depressive Verstimmung jedoch nur gestützt auf die Symptomangaben der Patientin diagnostiziert wurde (Suva-act. 61). Im Gutachten vom 31. Juli 2010 von Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ konnte aus rein psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Krankheitswert erhoben werden, wobei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung deshalb nicht gestellt wurde, da die Beschwerden als aus somatischer Sicht nachvollziehbar betrachtet wurden (Suva-act. 78 S. 19 f.). Unabhängig vom (Nicht-)Vorliegen einer natürlichen Kausalität wäre angesichts des unbestrittenermassen bagatellären Ereignisses vom 15./17. Januar 2008 (und vom 20. Februar 2008) eine Adäquanz allfälliger psychischer Beschwerden ohnehin klar zu verneinen (vgl. BGE 115 V 133 E. 5b).

3.2 Hinsichtlich der im Raum stehenden Diagnose eines CRPS bzw. Morbus Sudeck begründen die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2010 (Suva-act. 68) und vom 23. März 2012 (Suva-act. 93) ausführlich und in nachvollziehbarer Weise, dass sich die seit der Rückfallmeldung geklagten Beschwerden und erhobenen klinischen Befunde nicht von denjenigen im Grundfall unterscheiden bzw. dass diese seit der Beurteilung des Kreisarztes Dr. O.\_\_\_\_ vom 15. September 2008 gleich geblieben sind. Die Feststellungen wurden unter Berücksichtigung der vorhandenen Vorakten gemacht. Insbesondere setzten sich Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 23. März 2012 vertieft mit dem von der IV-Stelle eingeholten Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ vom 31. Juli 2010 auseinander und wiesen darauf hin, dass Dr. G.\_\_\_\_ die Diagnose eines CRPS Typ I aufgrund von Befunden stellte, die bereits früher aktenkundig waren. Auch ohne persönliche Untersuchung erscheint die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ überzeugend. Des Weiteren wurde im undatierten Bericht der neurologischen Abteilung des regionalen Krankenhauses von D.\_\_\_\_ (Kosovo) eine posttraumatische Neuropathie lediglich vermutet und auch Prof. J.\_\_\_\_ vermutete als Ursache der Schmerzen in der linken Hand sowie der Minderinnervation am ehesten eine noch leichte Form des komplexen regionalen Schmerzsyndroms. Eine Vermutung oder eine Verdachtsdiagnose vermag jedoch nicht den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu genügen (vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Der Hinweis auf den Observationsbericht vom 7. Dezember 2011 erfolgte eher beiläufig und in Zusammenhang mit der dazu diametral kontrastierenden Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_. Ob die Voraussetzungen für eine Observation durch die IV-Stelle vorgelegen und ob die Suva-Ärzte die Observationsvideos gesehen haben, kann jedoch mangels

Entscheidwesentlichkeit offen bleiben. Eine weitere Sachverhaltsabklärung war unter den gegebenen Umständen nicht erforderlich, da eine materiell-rechtliche Prüfung des Rückfalls bereits stattgefunden hatte und im Entscheid vom 17. August 2011 des Versicherungsgerichts lediglich die fehlende Verfügung beanstandet worden war (UV 2010/67 E. 5.5). 3.3 Zusammenfassend ist auf die Beurteilungen von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ abzustellen, wonach sich kein neuer unfallbedingter medizinischer Befund erkennen lässt, welcher einen Rückfall zum Unfall vom 15./17. Januar 2008 (und vom 20. Februar 2008) rechtfertigt. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den mit der Rückfallmeldung vom 26. August 2009 und vom 28. September 2009 geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 15./17. Januar (und vom 20. Februar 2008) ist somit zu verneinen. Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang ist auch ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zu prüfen. 3.4 Dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, es seien weitere Abklärungen oder eine Oberbegutachtung durch das Gericht durchzuführen, ist nicht stattzugeben. Der vorliegend massgebende Zeitraum ist ausreichend mit medizinischen Berichten dokumentiert und die Beschwerdegegnerin hat für unfallfremde Ursachen der anhaltenden Beschwerden keinen Nachweis zu erbringen. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b; 136 I 229, E. 5.3).

#### **E. 4**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.