

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/12 vom 16. November 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2016_12

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/12 du 16 novembre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2016/12 del 16 novembre 2017

Regeste

Art. 6 UVG. Verneinung eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen einer Holzspriessenverletzung und einer Ringbandproblematik am Unfallfinger sowie am benachbarten Finger, einer Phlegmone am benachbarten Finger und einem CRPS (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. November 2017, UV 2016/12). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_8/2018.

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die bei der Beschwerdeführerin am 10. Juni 2015 wegen eines sogenannten schnellenden Fingers durchgeführte Spaltung des Ringbandes A1 des rechten Mittelfingers sowie die am 27. August 2015 infolge einer Phlegmone im rechten Mittelfinger vorgenommene offene Revision, Synovektomie sowie Spaltung der Ringbandvernarbungen leistungspflichtig ist. Die Beschwerdeführerin sieht in der Ringbandproblematik und der Phlegmone bzw. in den in diesem Zusammenhang durchgeführten Operationen zwar keine unmittelbaren Unfallverletzungen, jedoch sekundäre Folgeschäden, d.h. mittelbare traumatische Gesundheitsschäden der von der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen am 11. März 2015 erlittenen Holzsplitterverletzung am rechten Ringfinger (Dig. IV), welche am 16. März 2015 die operative Entfernung des Holzspießes, eine Wundreinigung und einen Wundverschluss erforderlich gemacht hatte. Hierfür hatte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht als Unfallversicherer anerkannt. Ausgehend vom Standpunkt der Beschwerdeführerin würde mithin eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin nicht nur in Bezug auf die primäre Holzsplitterverletzung, sondern auch hinsichtlich der Ringbandproblematik und der Phlegmone bestehen.

1.2 Mit Schreiben vom 26. Oktober 2017 (act. G 15) reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin dem Versicherungsgericht Unterlagen bezüglich einer psychischen Problematik ein - eine Bestätigung betreffend eine stationäre Aufnahme der Beschwerdeführerin am 13. März 2018 zu einem 42tägigen Therapieprogramm im Departement für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LKH Hohenems (A) (act. G 15.1) sowie ein Befundergebnis von Dr. med. I. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, vom 28. September 2017 mit der Diagnose "anhaltende Schmerzstörung ICD-10 F 45.4" (act. G 15.2). Nachdem gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die richterliche Überprüfung einer Verwaltungsverfügung, hier des angefochtenen Einspracheentscheids, grundsätzlich auf den Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung bzw. des angefochtenen Einspracheentscheids beschränkt ist, d.h. nachträgliche Sachverhalts- und Rechtsänderungen nicht berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21.

September 2010, 9C_728/2009, E. 1 mit Hinweisen), und Gegenstand des angefochtenen Einspracheentscheidens nur ein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre Fingerproblematik rechts bildete (vgl. dazu BGE 131 V 164 f. E. 2.1), sind die obgenannten Unterlagen nicht in die rechtliche Würdigung des Sachverhalts einzubeziehen.

Entsprechend hält der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin offensichtlich auch unverändert an seinen Beschwerdeanträgen (vgl. act. G 1, vgl. insbesondere Rechtsbegehren, Ziff. 2) fest.

E. 2

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 finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2015 zur Debatte steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

E. 3

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. 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; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). 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).

E. 3.2

3.2.1 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, 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 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 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). 3.2.2 Den Berichten

versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von med. pract. E.____ am 16./17. September 2015 (Suva-act. 29) und von PD Dr. F.____ am 22. April 2016 (Suva-act. 59) erstellt wurden, sind nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). An dieser Stelle ist bereits vorweg zu nehmen, dass dem Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 4. März 2016 (act. G 1, Ziff. 3.1.1.4) - med. pract. E.____ hätten nicht alle Unterlagen (konkret der Operationsbericht von Dr. D.____ vom 28. August 2015 [Suva-act. 38] sowie die hausärztlichen Unterlagen ["Ärztliches Attest" vom 7. Dezember 2015, act. G 1.10; "Karteikarteneintragungen" vom 3. März 2016, act. G 1.15]) vorgelegen -, in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G 3 Ziff. 5.4), zumindest gesamthaft betrachtet keine massgebende Bedeutung zukommt. Jedenfalls hat PD Dr. F.____ seine chirurgische Beurteilung in Kenntnis aller Akten bzw. gestützt auf die vollständige Anamnese abgegeben.

3.3 Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2) schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Da es dem Leistungsansprecher obliegt, das Vorliegen eines (leistungsbegründenden) natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen, liegt die entsprechende Beweislast bei ihm. Diese Beweisregel greift jedoch erst Platz, wenn im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes kein wahrscheinlicher (die blosser Möglichkeit genügt nicht; BGE 117 V 360 E. 4a mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.) Sachverhalt ermittelt werden kann (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, 119 Nr. U 86 S. 50; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4 f.).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin liess den medizinischen Sachverhalt bzw. die sich konkret stellenden Kausalitätsfragen zunächst durch ihre Kreisärztin med. pract. E.____ prüfen und verneinte ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 17. September 2015 (Suva-act. 30) bzw. angefochtenem Einspracheentscheid vom 3. Februar 2016 (Suva-act. 40) gestützt auf deren Beurteilung vom 16./17. September 2015 (Suva-act. 29). Erst nach Beschwerdeerhebung reichte sie, zusammen mit der Beschwerdeantwort vom 25. April 2016 (act. G 3), die versicherungsmedizinische chirurgische Beurteilung von PD Dr. F.____ vom 22. April 2015 (Suva-act. 59) zu den ihm gestellten Kausalitätsfragen ein. Grundsätzlich kommt der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht als ordentlichem Rechtsmittel Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen; nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen) zugelassen. Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren

noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (vgl. BGE 136 V 6 E. 2.7 mit Hinweis auf BGE 127 V 231 ff. E. 2b/aa und bb; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 61 Rz 123). 4.2 Bei der 15-seitigen versicherungsmedizinischen chirurgischen Beurteilung von PD Dr. F.____ handelt es sich zwar um eine umfassende und umfangreiche Stellungnahme. Nachdem jedoch die Beschwerdegegnerin den massgeblichen medizinischen Sachverhalt bereits vor Erlass ihrer Verfügung kreisärztlich abklären liess und damit die notwendigen Abklärungsmassnahmen nicht in ein späteres Verfahren verschoben hat, die interne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung sodann ohne Mitwirkung der Beschwerdeführerin erstellt wurde und keine namhafte zeitliche Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursachte, war die Einholung der fraglichen Beurteilung zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 16. Dezember 2014, 8C_284/2014, E. 5.5, und 15. Januar 2014, 8C_410/2013, E. 5). Die Aktenbeurteilung wurde der Beschwerdeführerin bzw. ihrem Rechtsvertreter zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt und sie bzw. er konnten sich im Rahmen der Replik dazu äussern, weshalb auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. So ist die versicherungsmedizinische chirurgische Beurteilung von PD Dr. F.____ vom 22. April 2015 im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen, was auch aus verfahrensökonomischen Gründen als gerechtfertigt erscheint.

E. 5

Im Folgenden gilt es den materiellen Standpunkt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungspflicht für die Ringbandproblematik sowie die Phlegmone im Bereich des Dig. III rechts abgelehnt hat, indem sie deren Kausalität zum Unfallereignis vom 11. März 2015 verneint hat.

E. 5.1

5.1.1 Ein massgebender Ausgangspunkt bei der Beurteilung traumatischer Folgeschäden bzw. der Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet insbesondere der gesundheitliche Zustand einer versicherten Person vor dem Unfall. Lag die zu beurteilende Gesundheitsschädigung vor dem Unfall in der gegebenen Form im Sinne eines Vorzustandes bereits vor, vermag sie selbstredend weder eine primäre Unfallverletzung noch einen sekundären traumatischen Folgeschaden darzustellen. Sowohl med. pract. E.____ als auch PD Dr. F.____ nehmen zu dieser Frage Stellung; erstere, indem sie bezüglich der Beschwerden im Sinne eines schnellenden Fingers am Mittelfinger rechts einen Vorzustand bejahte, letzterer indem er die Kausalitätsfrage in Bezug auf beide Sachverhalte - die Beschwerdeführerin litt vor dem Unfall vom 11. März 2015 noch nicht bzw. litt bereits an einem schnellenden Mittelfinger rechts - beantwortete. Selbst für den Fall, dass kein Vorzustand anzunehmen wäre, sieht PD Dr. F.____ eine Unfallkausalität für die Symptomatik eines schnellenden Fingers als nicht gegeben an (Suva-act. 59/15; vgl. nachfolgende Erwägung 5.3), insofern die Frage eines diesbezüglichen Vorzustands grundsätzlich offen gelassen werden könnte. 5.1.2 Der Vollständigkeit halber ist dennoch anzufügen, dass aufgrund der vorliegenden Akten ein Sachverhalt ohne Vorzustand zumindest gleich wahrscheinlich erscheint wie ein solcher mit Vorzustand. Die Formulierung der behandelnden Ärztin des Landeskrankenhauses C.____ in der "Krankengeschichte" bezüglich der von ihr nur eine Woche nach dem Unfall (am 18. März

2015) durchgeführten Kontrolluntersuchung - die Patientin gebe an, "schon seit einiger Zeit" Beschwerden im Sinne eines schnellenden Fingers am Mittelfinger rechts zu haben (Suva-act. 26/7) - spricht eher für eine längere Zeitphase und damit für einen Vorzustand; dies insbesondere auch im Vergleich zur nachfolgenden Aussage - sie habe "seit einigen Tagen" zusätzlich Schmerzen sowie ein Defizit bei der endgradigen Flexion in den Fingern (Suva-act. 26/7). Es handelt sich zwar in zeitlicher Hinsicht um eine unbestimmte Formulierung, bedeutet aber wohl - entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters - nicht nur "zwei oder drei Tage" (vgl. act. G 1 Ziff. 3.1.1.3). Dennoch darf ihr entsprechend der Einschätzung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Replik vom 25. Mai 2016 (act. G 7 Ziff. 8, 15) nicht - wie es die Beschwerdegegnerin getan hat (act. G 3 Ziff. 5.3) - die Bedeutung einer beweisbildenden "Aussage der ersten Stunde" beigemessen werden. Einer solchen wäre gegenüber einer mit Wissen um die rechtlichen Konsequenzen nachfolgenden abweichenden Sachverhaltsdarstellung der Vorzug zu geben (vgl. dazu BGE 121 V 45 E. 2a; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 5). Zwar findet sich in der Einsprache vom 12. Oktober 2015 eine abweichende Sachverhaltsdarstellung (Suva-act. 31: "..., da ich nachweislich bis zu diesem Zeitpunkt [Unfall vom 11. März 2015] keinerlei Beschwerden, weder Schmerzen, noch einen schnellenden Finger noch irgendeine Beeinträchtigung, in meinem Mittel- und Ringfinger meiner rechten Hand hatte."). Die "Krankengeschichte" wurde jedoch von der behandelnden Ärztin verfasst. Dass die Formulierung "schon seit einiger Zeit" exakt den von der Beschwerdeführerin verwendeten Worten entspricht und den von ihr gemeinten Sinngehalt treffen, ist insofern fraglich, als die weiteren Formulierungen "im Sinne eines schnellenden Fingers" und "Defizit bei der endgradigen Flexion in den Fingern" kaum von der Beschwerdeführerin stammen, gegen eine wortgetreue Anamnese sprechen und auf eine "schriftstellerische" Mitwirkung der behandelnden Ärztin hindeuten. Im Übrigen ist festzuhalten, dass Dr. D. ___ am 27. April 2015, d.h. bevor die Beschwerdeführerin Kenntnis von der am 18. August 2015 mitgeteilten Leistungsablehnung bezüglich der Ringbandsplattung (Suva-act. 24) haben konnte, unvereinbar mit einem Vorzustand in der "Krankengeschichte" schrieb, die Symptomatik sei vor dem gegenständlichen Unfall mit Fremdkörper nicht vorhanden gewesen; diese trete auch nur paroxysmal (anfallsartig) auf (Suva-act. 26/7). Auch anlässlich eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 1. Juni 2015 hatte die Beschwerdeführerin geäußert, dass kein Vorzustand bestehe (Suva-act. 12/1).

E. 5.2

5.2.1 Ein weiteres Beurteilungskriterium für die Kausalität bildet der zeitliche Ablauf oder Heilverlauf der Unfallverletzung. Med. pract. E. ___ sowie PD Dr. F. ___ weisen in ihren Beurteilungen sinngemäss übereinstimmend darauf hin, die Behandlung des Holzsplitters habe Ende März abgeschlossen werden können (Suva-act. 29/2) bzw. der lokale postoperative Verlauf am Ringfinger sei mit Fadenentfernung neun Tag nach der Fremdkörperentfernung unauffällig gewesen (Suva-act. 59/13). 5.2.2 Der mit der Erstellung des Arztzeugnisses UVG vom 23. Juli 2015 betraute Arzt des Landeskrankenhauses C. ___ hielt bezüglich der Holzsplitterentfernung vom 16. März 2015 einen Behandlungsabschluss per 25. März 2015 entsprechend dem Datum der bis dahin bestätigten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit fest (Suva-act. 21/3, 26/4). Nach der Fremdkörperentfernung war die Holzsplitterverletzung letztmals Thema der Wundkontrolluntersuchung vom 18. März 2015. Damals zeigten sich blande Wundverhältnisse, kein Hinweis auf lokale oder fortgeleitete Entzündungszeichen, keine Rötung, Schwellung, Überwärmung oder Sekretion, eine unauffällige Sensibilität und

Durchblutung peripher, eine freie Beweglichkeit der Finger, kein Krankheitsgefühl und kein Fieber. Die Beschwerdeführerin gab einzig an, im Wundbereich manchmal ein leichtes Kribbeln zu verspüren. Eine Wiedervorstellung wurde nur noch bei allenfalls auftretenden Entzündungszeichen oder Beschwerden vereinbart (Suva-act. 26/5 f.). Am 30. März 2015 erfolgte noch die Nahtentfernung in der Hand-Ambulanz des Landeskrankenhauses C.____, wobei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Suva-act. 26/11, 22). Laut Unfallschein UVG stellte das Landeskrankenhaus C.____ erst ab 4. Mai 2015 weitere 100%-ige Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen aus (Suva-act. 22/1, act. G 1.12). Die neuerliche Vorstellung der Beschwerdeführerin im Landeskrankenhaus C.____ vom 27. April 2015 war jedoch wegen des schnappenden Phänomens im Bereich des III. und IV. Fingers erfolgt (Suva-act. 26/7) und auch die nachfolgenden Kontrolluntersuchungen fanden laut Eintragungen in der "Krankengeschichte" der behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen offensichtlich wegen der Ringbandproblematik und der Phlegmone statt. In der "Krankengeschichte" wurde zwar bezüglich der Kontrolluntersuchung vom 27. April 2015 noch festgehalten, im Bereich des IV. Fingers sei an der Grundphalanx volarseitig eine leicht teigige Resistenz feststellbar, vermehrt gegen die Unterlage verschleiblich und leicht druckdolent; dort scheine die subkutane Vernarbung noch nicht abgeschlossen zu sein; man warte in den nächsten Wochen noch zu und führe am 28. Mai 2015 eine klinische Kontrolle durch (Suva-act. 26/7, act. G 1.5). In der "Krankengeschichte" ist jedoch weder eine entsprechende klinische Kontrolle vermerkt noch ist aktenkundig, dass das Thema in den weiteren Kontrolluntersuchungen nochmals aufgenommen worden wäre.

5.2.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorliegenden Akten für einen überwiegend wahrscheinlich problemlosen postoperativen Verlauf der Holzsplitterverletzung am Ringfinger (Dig. IV) sprechen und damit ein massgebender Umstand vorliegt, der gegen eine Unfallkausalität der nachfolgenden gesundheitlichen Beschwerden - der Ringbandproblematik und der Phlegmone - spricht.

5.3 Am natürlichen

Kausalzusammenhang zwischen den neuen Beschwerden und der Holzsplitterverletzung kann auch deshalb gezweifelt werden, weil sie erst nach einer gewissen Latenzzeit aufgetreten sind und ein neues Beschwerdebild im Bereich eines anderen Fingers darstellen, der vom Unfall nicht direkt tangiert war.

5.3.1

Med. pract. E.____ weist in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 16./17. September 2015 triftig darauf hin, dass es sich bei der Holzsplitterverletzung bzw. den dadurch aufgetretenen Beschwerden und der Ringbandproblematik im Grundsatz um zwei verschiedene Beschwerdebilder handelt. Es entspricht zwar der medizinischen Erfahrung, dass infolge von primären traumatischen Gesundheitsschäden sekundäre bzw. indirekt unfallkausale Gesundheitsschäden, degenerativer oder anderweitig pathologischer Natur, als (Spät-)Folge auftreten können (beispielsweise degenerative Veränderungen infolge einer traumatisch verursachten strukturellen Verletzung oder Entzündungen infolge der operativen Versorgung einer traumatischen Verletzung; vgl. dazu ALFRED M. DEBRUNNER, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 735; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 176; ROCHE LEXIKON, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, 534). PD Dr. F.____ nimmt in seiner chirurgischen Beurteilung vom 22. April 2016 (Suva-act. 59) zur überwiegenden Wahrscheinlichkeit eines solchen Verlaufs im konkreten Fall - mit anfänglicher Holzsplitterverletzung und nachfolgender Ringbandproblematik sowie Phlegmone - ausführlich Stellung, verneint jedoch eine solche Kausalitätskette und damit eine (indirekte) Unfallkausalität der hier streitigen Gesundheitsschäden (Ringbandvernarbung und Phlegmonie). Seine Ausführungen sind

schlüssig und überzeugend, weshalb auf sie abgestellt werden kann. 5.3.2 PD Dr. F.____ geht zunächst allgemein anhand der medizinischen Literatur auf das Krankheitsbild eines schnellenden Fingers (klinische Manifestation und Terminologie), die Anatomie der Ringbänder in gesundem Zustand sowie die Physiologie eines pathologischen Ringbandes ein. Bezüglich letzterem weist er auf die Veränderung der histologischen Struktur der inneren Schicht des Ringbandes infolge einer Druckerhöhung im Ringbandkanal sowie den daraus folgenden mechanischen Konflikt zwischen Beugesehne und Ringband hin und hält fest, dass der Finger dann springe, wenn sich die lokal verdickte Beugesehne durch das verengte Ringband "quetsche". Weiter folgen - ebenfalls unter Hinweis auf die medizinische Literatur - Ausführungen betreffend Inzidenz und Ätiologie eines Springfingers, wonach sich Springfinger bei Patienten mit verschiedenen konkreten Erkrankungen (Diabetes, Hypothyreose [Unterfunktion der Schilddrüse], Niereninsuffizienz, Amyloidose [Anreicherung von verändertem Protein in Zwischenzellenräumen], rheumatoide Arthritis, Gicht, erhöhter Body mass index (BMI), Operation eines Karpaltunnelsyndroms) häufiger finden als bei Patienten ohne diese Erkrankungen. Der Grund für das Auftreten von Springfingern sei meist unklar (idio-pathisch). Ein Trauma ist laut PD Dr. F.____ bzw. der von ihm angeführten medizinischen Literatur selten ein Grund für eine Verengung eines Ringbandes, respektive eines Konflikts des Durchmessers der Flexorsehnen und des entsprechenden Ringbandkanals. Meist seien es Schnittwunden, bei denen es zu einer partiellen Verletzung der Beugesehnen gekommen sei, ohne dass man dies bei der Wundversorgung bemerkt habe. Seltene Fallberichte seien publiziert. Das Intervall zwischen Verletzung und Auftreten der Symptomatik betrage 3 Wochen bis 4 Monate. In der Ultraschalluntersuchung könne eine solche Sehnenverletzung eventuell präoperativ bereits diagnostiziert werden. Das Auftreten eines schnellenden Fingers nach einer Fremdkörperverletzung sei in der Literatur nicht beschrieben. 5.3.3 Die von PD Dr. F.____ anhand bestimmter Rubriken (Anatomie, Pathophysiologie, Inzidenz und Ätiologie) gemachten Ausführungen bilden eine nachvollziehbare und schlüssige Grundlage für seine - nach Darstellung einer lückenlosen Anamnese - vor-genommene Wahrscheinlichkeitsbeurteilung der Ringbandproblematik der Beschwerdeführerin als Folge des versicherten Ereignisses vom 11. März 2015. Diese Vorgehensweise erscheint zuverlässig, ist nachvollziehbar und ermöglicht durch die Einordnung des konkreten Falls die Überprüfung der ärztlichen Schlussfolgerung. PD Dr. F.____ beantwortet in Bezug auf den konkreten Fall einleuchtend einerseits die Frage der Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Ringbandproblematik durch die Holzsplitterverletzung vom 11. März 2015 am Ringfinger (Dig. IV), andererseits die Frage der Wahrscheinlichkeit eines Kausalzusammenhangs zwischen der Holzsplitterverletzung am Ringfinger und der Ringbandproblematik am Mittelfinger (Dig. III), d.h. dort wo am 10. Juni 2015 die Ringbandspaltung vorgenommen wurde, und wo später, d.h. am 27. August 2015, eine Phlegmone operativ behandelt werden musste. 5.3.4 Hinsichtlich der Thematik - Unfallverletzung und Ringbandproblematik an demselben Finger bzw. Ringbandproblematik verursacht durch die Holzsplitterverletzung hält PD Dr. F.____ fest, dass es in der Literatur keinen case-report zu einem Ereignis gebe, wo eine Verletzung mit einem Fremdkörper im weiteren Verlauf zu einer Veränderung des Ringbandes geführt habe. Man könnte theoretisch davon ausgehen, dass ein okkult (verborgener) Infekt in der Region des Ringbandes vom Ringfinger vorgelegen haben könnte, der zu einer "Schrumpfung" des Ringbandes A1 geführt habe. Dies sei aber mit den in der medizinischen Literatur vorgestellten, pathophysiologischen Veränderungen nicht

kompatibel. Bei einer Ringbandveränderung komme es zu einer Veränderung der inneren Gleitschicht und nicht zu einer von der äusseren Schicht ausgehenden Vernarbung. Die beschriebene fibrocartilaginäre Metaplasie spiele sich in der inneren Schicht ab. Auch wenn der Begriff "Tendovaginitis" und weitere Symptome, welche auf -itis enden, eine Entzündung bezeichnen, so habe diese Veränderung nichts mit einer wirklichen bakteriellen Entzündung zu tun. Eine traumatische Eröffnung der Sehnenscheide mit einem Fremdkörper durch das Ringband hindurch würde zu einer Sehnenscheidenentzündung des entsprechenden Fingers führen, was klinisch gut erkennbar sei. Hinweise für eine Sehnenscheidenentzündung an Dig. IV würden in den vorliegenden Dokumenten keine gefunden, worin ihm beizupflichten ist. Anlässlich der rechtzeitig durchgeführten klinischen Untersuchung im Landeskrankenhaus C.____ zeigte sich bei der Beschwerdeführerin im Bereich des rechten Ringfingers eine intakte Funktion der tiefen und oberflächlichen Beugesehne sowie der Strecksehne. Insbesondere ergab die rechtzeitig durchgeführte Sonographie des rechten Ringfingers, mit der sich Sehnenveränderungen gut darstellen lassen (vgl. dazu DEBRUNNER, a.a.O., S. 242 ff.), offensichtlich keinen Hinweis auf eine Verletzung der Beugesehne oder eine traumatische Eröffnung der Sehnenscheide wegen des Holzsplitters durch das Ringband hindurch (Suva-act. 21/1, 26/4, act. G 1.5). PD Dr. F.____ zeigt somit anhand der Grundsätze der pathophysiologischen Veränderung eines Ringbandes und der konkreten von der Beschwerdeführerin am 10. März 2015 erlittenen Unfallverletzung überzeugend und schlüssig auf, weshalb zwischen diesen beiden Komponenten keine Verbindung bzw. kein Kausalzusammenhang bestehen kann. Im konkreten Fall kann mithin nicht von einer am 11. März 2015 erlittenen Unfallverletzung im Umfang einer Sehnenscheidenverletzung ausgegangen werden, welche eine Sehnenscheidenentzündung mit nachfolgender Ringbandproblematik zur Folge haben könnte. Die Ringbandproblematik am Ringfinger stellt mithin ein von der Holzsplitterverletzung unabhängiges, neues Beschwerdebild dar. 5.3.5 Hinsichtlich der Kausalitätsfrage - Ringbandproblematik am Mittelfinger verursacht durch eine Holzsplitterverletzung am Ringfinger - ist nochmals zu wiederholen, dass eine Ringbandproblematik laut "Krankengeschichte" des Landeskrankenhauses C.____ besonders im Bereich des Ringbandes A1 des Dig. III rechts, teilweise auch des Dig. IV und Dig. II, beide rechts, besprochen und sodann nur am Dig. III eine Ringbandspaltung durchgeführt worden war (Suva-act. 20/1, 24, 46/5, 59/9), wo auch die Phlegmone aufgetreten ist (Suva-act. 26/7, 38, act. G 1.5). Die Holzsplitterverletzung hatte hingegen bekanntlich den Dig. IV betroffen (Suva-act. 26/7, act. G 1.5). Grundsätzlich stellt eine nachkommende Gesundheitsschädigung im Bereich eines vom Unfall nicht direkt betroffenen, konkret benachbarten, Körperteils eine Ausgangslage dar, welche gegen eine Unfallkausalität der nachgefolgten Gesundheitsschädigung spricht. PD Dr. F.____ räumt dennoch ein, dass eine Verletzung an einem angrenzenden Finger im Fall einer Infektion in den Sehnenscheiden aufgrund der Anatomie mit den in der Hohlhand kommunizierenden Beugesehnenscheiden in der Tat auf einen benachbarten Finger übergreifen könne. Es komme in einem solchen Fall einer Sehnenscheidenentzündung an einem Finger zu einer Hohlhandphlegmone, die dann im weiteren Verlauf zu einer Sehnenscheidenentzündung von weiteren Fingern führen könne. Solche Verläufe seien schwerwiegend. Im konkreten Fall gehe es aber um die Symptomatik eines schnellenden Fingers an einem benachbarten Finger. Der im weiteren Verlauf nach der durchgeführten Ringbandspaltung am Dig. III vermutete Infekt habe nichts mit der früheren, infektlos abgeheilten Verletzung zu tun und der Infekt sei bakteriologisch und laborchemisch bei nicht erhöhten Entzündungsparametern und einer

negativen Bakteriologie im Abstrich nicht bewiesen. Hingegen sei die leichte Niereninsuffizienz mit dem grenzwertigen Kreatinin und einer erniedrigten glomerulären Filtration ein interessanter Nebenbefund, der einen als Prädisposition für eine Tendovaginitis stenosans (Triggerfinger/schnellender Finger) beschriebenen Faktor betreffe. Als zusätzlich prädisponierende Faktoren seien bei der Beschwerdeführerin aus den vorliegenden Dokumenten das Alter (59 Jahre), das weibliche Geschlecht, eine Adipositas mit BMI 34.9 sowie die Betroffenheit des Dig. III, des am häufigsten befallenen Fingers, eruierbar. PD Dr. F. ___ legt schlüssig und nachvollziehbar anhand der konkreten Aktenlage dar, weshalb bei der Beschwerdeführerin der besondere Fall einer Phlegmone im Bereich eines vom Unfall nicht betroffenen, benachbarten Fingers nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint. Heilt eine Verletzung, wie im vorliegenden Fall (vgl. dazu Erwägung 5.2) - ohne Infektion ab, leuchtet es ein, wenn bezüglich einer neuen Infektion, die mehr als fünf Monate nach der Holzspriessenverletzung auftritt, von einem unfallunabhängigen Vorgang ausgegangen wird. Ein Sachverhalt mit einer (sekundären) traumatischen Entstehung der Phlegmone erscheint zumindest nicht wahrscheinlicher als eine solche mit einer unfallfremden Ätiologie, womit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht entsprochen ist. Das Vorliegen prädisponierender Faktoren mindert die Wahrscheinlichkeit eines unfallfremden Prozesses zusätzlich.

5.3.6 Die Feststellung von PD Dr. F. ___ betreffend ein Trauma als Ursache für eine Schnellende-Finger-Symptomatik im Bereich des Mittelfingers - die Fallbeschreibungen in der medizinischen Literatur würden okkulte Sehnenverletzungen betreffen, die anlässlich einer Wundversorgung nicht bemerkt worden seien - erscheint logisch. So wird eine Verletzung entweder rechtzeitig festgestellt und diagnostiziert oder sie bleibt verborgen und wird nicht diagnostiziert. Im vorliegenden Fall finden sich - wie von PD Dr. F. ___ festgehalten - keine Hinweise für eine anlässlich der Holzsplitterverletzung vom 11. März 2015 erlittene Beugesehnenverletzung am Dig. IV (vgl. dazu Erwägung 5.3.4) und schon gar nicht am Dig. III.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der überzeugenden und umfassenden Darlegungen von PD Dr. F. ___ weder in Bezug auf eine Ringbandproblematik am Dig. III bzw. die am 10. Juni 2015 durchgeführte Ringbandspaltung am Dig. III noch auf die am 27. August 2015 vorgenommene Phlegmoneausräumung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem natürlich kausalen Zusammenhang zur Holzsplitterverletzung vom 11. März 2015 ausgegangen werden kann.

5.5 Die Aussagen von Dr. D. ___ in der "Krankengeschichte" betreffend die Kontrolluntersuchung vom 7. September 2015 (act. G 1.5 S. 8 f.) - bei der operativen Revision des III. Fingers (die Beugesehnen scheiden bis über die Hohlhand hinaus) habe sich narbig verändertes Gewebe gezeigt; der Abstrich sei negativ und die Synovitis bis über die Mittelphalanx und zum Sehnnenscheiden-Blindsack evident gewesen; es dürfte sich daher um eine Folge eines externen Traumas handeln, vermutlich in Zusammenhang zu bringen mit dem Holzsplitter, den sich die Patientin im Frühjahr eingezogen habe - vermag keinen überzeugenden Wahrscheinlichkeitsbeweis für eine indirekte Unfallkausalität zu erbringen. Seine Aussagen sind als Vermutung formuliert und stellen damit nur eine mögliche Sachlage dar. Die Schlussfolgerung von Dr. D. ___ beschränkt sich eigentlich darauf, bestimmte Fakten im Zusammenhang mit der Ringbandoperation und der Phlegmoneausräumung (es zeigte sich narbig verändertes Gewebe, der Abstrich war negativ und die Synovitis bis über die Mittelphalanx und zum Sehnnenscheiden-Blindsack evident) festzuhalten, um dann ohne weitere Begründung die Holzspriessenverletzung als Ursache heranzuziehen. Die genauen medizinischen

Zusammenhänge und Überlegungen werden jedoch von ihm nicht aufgezeigt. Mit der zwischenzeitlich wegen der Ringbandproblematik am III. Finger (vgl. dazu Suva-act. 46/4, 59/2, act. G 1.6 S. 4) erfolgten Injektion mit Cortison bringt Dr. D.____ ausserdem eine weitere mögliche Kausalitätsvariante ein, womit er die von ihm angesprochene Kausalität zur Holzsplitterverletzung selbst aufweicht. In Erwägung 5.3.5 wurde bereits dargelegt, dass gestützt auf die überzeugende chirurgische Beurteilung von PD Dr. F.____ vom 22. April 2016 zwischen der Phlegmoneausräumung des III. Fingers einerseits bzw. der von DD.____ erwähnten Synovitis und der Holzsplitterverletzung des Ringfingers andererseits kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang besteht. Dies auch wenn - wie von Dr. D.____ festgehalten und von PD Dr. F.____ bestätigt - die Beugesehnen bis über die Hohlhand hinaus scheiden.

E. 5.6

5.6.1 Das auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 9. Januar 2017 basierende monodisziplinäre handchirurgische Gutachten von Dr. H.____ vom 12. Januar 2017 (act. G 11.1) vermag ebenfalls nicht zu einer anderen Beurteilung zu führen. Dr. H.____ stellt bei Bejahung der Budapester-Kriterien (vgl. dazu https://www.crps-netzwerk.org/cms/wp-content/uploads/2014/12/diagnose_crps_kriterien.pdf, abgerufen am 30. Oktober 2017) die zusätzliche Diagnose eines posttraumatischen Komplexen Regionalen Schmerz-Syndroms (CRPS Typ I), welches ursprünglich offensichtlich nicht erkannt worden sei. Während die anfangs bei der Beschwerdeführerin aufgetretenen Symptome für ein CRPS sehr typisch seien und durch kein anderes plausibles Krankheitsbild besser erklärt werden könnten, habe keines der Symptome mit Sicherheit zu einer Tendovaginitis stenosans oder einer Phlegmone gepasst (act. G 11.1 S. 27 ff.). Aus der Retrospektive müsse mithin sowohl die Diagnose eines Schnellenden Fingers wie auch der Bestand einer Mittelfingerstrahl-Phlegmone ernsthaft in Frage gestellt werden, insbesondere im Hinblick auf die damit verbundene Kausalitätsfrage und Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Die sich primär entzündlich präsentierenden und gegen jede Erwartung nicht abklingenden lokalen Zeichen, die sich ausbreitenden Gefühlsstörungen und permanent bleibenden Schmerzen mit Ausstrahlungen und zunehmender Empfindlichkeit auf jegliche mechanische Reize wären genug Anlass gewesen, die Diagnose CRPS nach kritischer Anwendung der Budapester-Kriterien schon sehr früh bei einem offensichtlich ungewöhnlichen Heilverlauf zu stellen. Unter diesen Umständen hätten der Beschwerdeführerin bis zu drei operative Eingriffe erspart bleiben können (act. G 11.1 S. 31).

5.6.2 Selbst wenn bei der Beschwerdeführerin von einem CRPS ausgegangen würde, erscheint ein CRPS, welches - wie von Dr. H.____ vertreten - ohne Annahme einer Ringbandproblematik und einer Phlegmone auf die Holzsplitterverletzung vom 11. März 2017 zurückgeführt werden könnte, nicht überwiegend wahrscheinlich. Das CRPS ist zwar ein anerkanntes unfallkausales organisches Schmerzsyndrom, das eintritt, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (DEBRUNNER, a.a.O., S. 695 ff.; ROCHE LEXIKON, a.a.O., S. 1779 "Sudeck"; PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1914 "Schmerzsyndrome, komplexe regionale"). Wie von der Beschwerdegegnerin erklärt, treten jedoch die Beschwerden innerhalb kurzer Zeit nach einem auslösenden Ereignis auf. Nach der Rechtsprechung wird für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers eine Latenzzeit von höchstens sechs bis acht Wochen vorausgesetzt (vgl. Urteil des EVG vom 6. September 2006, U 23/06, E. 2.3 mit Hinweis). Bei der nach der Holzsplitterentfernung am 18. März 2015 durchgeführten Kontrolluntersuchung zeigten sich am verletzten Ringfinger der Beschwerdeführerin normale Verhältnisse bzw. keine

CRPS-typischen Symptome (kein Hinweis auf lokale oder fortgeleitete Entzündungszeichen, keine Rötung, keine Schwellung, keine Überwärmung, keine Sekretion, Sensibilität und Durchblutung peripher unauffällig (Suva-act. 26/6 f.). Auch bezüglich der am 27. April 2015 und damit innerhalb der erforderlichen Latenzzeit durchgeführten Kontrolluntersuchung durch Dr. D.____ - immerhin einem Arzt der Hand-Ambulanz des Landeskrankenhauses C.____ - sind keine solchen in der "Krankengeschichte" vermerkt. Von der Beschwerdeführerin beklagt wurde hingegen ein schnappendes Phänomen im Bereich des II. und IV. Fingers rechts (Suva-act. 26/7). Dr. D.____ führte sodann - wie bereits erwähnt - bei der Beschwerdeführerin am 10. Juni 2015 eine Ringbandsplattung und am 27. August 2015 eine Phlegmoneausräumung durch. Die Annahme, die beiden operativen Eingriffe seien ohne entsprechende Indikation bzw. aus einer Fehldiagnose heraus erfolgt, kommt lediglich einer Vermutung gleich. Dies auch wenn sich der im Rahmen der Phlegmoneausräumung abgenommene Abstrich (Suva-act. 38) - worauf Dr. H.____ konkret hinweist (act. G 11.1 S. 28 Ziff. 5.1) - letztlich negativ zeigte (Suva-act. 48/13). Dr. D.____ erhob in sämtlichen im Zusammenhang mit den beiden vorgenannten Operationen durchgeführten Kontrolluntersuchungen - trotz fortdauernder Beschwerden - nie den Verdacht auf ein CRPS. Die Beschwerdeführerin beklagte zwar fortdauernde Schmerzen und eine Schwellung, doch liess sich letztere klinisch nicht erhärten, Entzündungszeichen waren keine ersichtlich und die periphere Durchblutung und Sensibilität war nicht gestört (Suva-act. 26/7 ff., 48/7 ff., act. G 1.5). Dr. H.____ erstellte sein Gutachten rückblickend, erst zwei Jahre nach dem Unfall vom 11. März 2015. Innerhalb dieses Zeitraums wurden bei der Beschwerdeführerin zwei Fingeroperationen durchgeführt. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass sie nie unter einer Ringbandproblematik und einer Phlegmone gelitten hätte, wird dadurch ein überwiegend wahrscheinlich indirektes, durch die Holzsplitterverletzung verursachtes, traumatisches CRPS insofern nochmals relativiert, als ein CRPS laut medizinischer Literatur auch durch eine Operation ausgelöst werden kann (vgl. DEBRUNNER, a.a.O., S. 695). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass - auch wenn an dieser Stelle ein CRPS im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. H.____ nicht in Abrede gestellt werden kann - zumindest ein auf die Holzsplitterverletzung zurückzuführendes CRPS angesichts der dargestellten Sachlage nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. 5.7 Angesichts der Darlegungen in den Erwägungen 5.1 - 5.6 ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen in Bezug auf die Ringbandproblematik und die Phlegmone mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis vom 11. März 2015 abgelehnt hat. Da nicht zu erwarten ist, dass weitere Abklärungen den erforderlichen Nachweis liefern können, ist auf solche zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d). Von einer Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs kann unter den genannten Umständen abgesehen werden.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. Februar 2016 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 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.