

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/86 vom 14. August 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_86

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/86 du 14 août 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/86 del 14 agosto 2019

Regeste

Schnappphänomen Ring- und Kleinfinger der linken Hand: Beweiswürdigung der Kausalitätsbeurteilungen durch versicherungsinterne Ärzte (Kreisarzt, versicherungsmedizinischer Dienst der Suva). (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2019, UV 2017/86). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_614/2019.

Volltext

Entscheid vom 14. August 2019 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi Geschäftsnr. UV 2017/86 Parteien A. ____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Ilona Zürcher, M.A. HSG in Law, Tobelmülistrasse 1, 9425 Thal, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A. ____, arbeitete als Lagerist/Staplerfahrer für die B. ____, SA im Gefrierhaus der Produktionsstätte an der Blumenfeldstrasse in C. ____, und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert (Suva-act. 1 und 40). Am 7. November 2015 kollidierte der Versicherte mit seinem Motorrad in D. ____, mit einem von einem Parkfeld in die Strasse einbiegenden Fahrzeug und kam zu Fall (Suva-act. 19-6 ff.). Dabei zog er sich Verletzungen am rechten Arm (Radiusköpfchenfraktur Mason II, wenig dislozierte Abscherfraktur der volaren Lippe des distalen Radius) und an der linken Hand (un- oder kaum [vgl. Suva-act. 29] dislozierte Fraktur der Metacarpale IV) zu (Suva-act. 16). Die Radiusköpfchenfraktur wurde am 12. November 2015 mit einer Schraubenosteosynthese operativ versorgt, die anderen Verletzungen konservativ mit Gips und Schiene behandelt (Suva-act. 15 und 17). Wegen der Unfallfolgen war der Versicherte vollständig arbeitsunfähig und musste als Alleinstehender anfänglich Betreuungs- und Pflegedienste der Spitex in Anspruch nehmen (Suva-act. 10, 15 und 47). Sechs Wochen postoperativ zeigte sich anlässlich der orthopädischen Sprechstunde im Spital E. ____, ein sehr schöner Verlauf. Ab sofort könne der Ellenbogen intensiv physiotherapeutisch auch mit Belastung geübt werden. Die Physiotherapie für das Handgelenk rechts und die Hand links sei weiterzuführen. Der Versicherte bleibe noch bis Mitte Januar 2016 zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 26). In der handchirurgischen Sprechstunde vom 12. Januar 2016 stellte die behandelnde Ärztin Kapselbandläsionen im Bereich der Fingergelenke (PIP-Gelenk IV und V) der linken Hand fest und verordnete intensive Ergotherapie (Suva-act. 30). Diese führte zu einer Abnahme der Beschwerden, sodass der Versicherte seine Arbeit am 1. März 2016 im Umfang von 30 % wiederaufnehmen konnte (Suva-act.

46). Eine weitere Verbesserung trat in den darauffolgenden Wochen nicht ein. Im orthopädischen Verlaufsbericht vom 9. März 2016 wurde alsdann ein MRI ins Auge gefasst, um bezüglich der schmerzverursachenden Schwellung proximal des Epicondylus medialis humeri eine den Nervus ulnaris kompromittierende Situation ausschliessen zu können (Suva-act. 48). Im MRI vom 15. März 2016 (Suva-act. 66) zeigte sich dann allerdings eine symptomatische Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris im Kubitaltunnel rechts (vgl. orthopädischer Verlaufsbericht vom 1. April 2016 [Suva-act. 62]). Im handchirurgischen Verlaufsbericht vom 6. April 2016 hielt die behandelnde Ärztin bei unter fortgesetzter Ergotherapie gutem Verlauf fest, dass, sofern die Schmerzen in den PIP-Gelenken IV und V der linken Hand in sechs Wochen noch persistieren sollten, eine Steroidinfiltration der betroffenen Gelenke indiziert sei. Die Arbeitsfähigkeit betrage gemäss den Kollegen von der Orthopädie seit dem 20. März 2016 wieder 50 % (Suva-act. 52). Im Rahmen der handchirurgischen Sprechstunde vom 9. Mai 2016 zeigte sich bei im Übrigen weiterer Beschwerderegradienz ein Schnappphänomen (schnellender Finger) bei Faustschluss der Finger IV und V. Es erfolgte eine diagnostisch-therapeutische A1-Ringbandinfiltration. Die Arbeitsfähigkeit könne gesteigert werden (Suva-act. 67). Im Bericht vom 26. Mai 2016 gab die beigezogene Fachärztin FMH für Neurologie, Dr. med. F.____, an, eine Ulnarisneuropathie lasse sich nicht mehr nachweisen; das Tinelphänomen über dem Sulcus ulnaris rechts sei positiv. Eine leicht erhöhte Irritabilität des Nervs rechts cubital sei nach dem Unfall vom 7. November 2015 möglich; angesichts des positiven Verlaufs dürfte jedoch auch dieses Problem in den nächsten Wochen regredient sein (Suva-act 69). Ab 30. Mai 2016 wurde die Arbeitsfähigkeit auf 70 % gesteigert, wobei es aber zu zunehmenden Schmerzen und erneuter Schwellung im Bereich des rechten Handgelenks und des Ellenbogens kam. Am 6. Juni 2016 wurde deshalb die Arbeitsfähigkeit durch Hausarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, wieder auf 50 % reduziert (Suva-act. 80). Orthopädischerseits wurde im Verlaufsbericht vom 14. Juni 2016 eine gute spontane Erholung der Ulnaris-Symptomatik festgestellt. Von einer operativen Revision könne abgesehen werden; das Osteosynthesematerial am Radiusköpfchen sei nicht störend. Es könne von einer guten Prognose ausgegangen und der Fall abgeschlossen werden (Suva-act. 99). Anlässlich der handchirurgischen Sprechstunde vom 18. Juli 2016 zeigte sich acht Wochen nach der A1-Ringbandinfiltration diesbezüglich (gemeint wohl das Schnappphänomen betreffend) eine komplette Beschwerderegradienz. Allerdings war nun auf der linken Seite ein deutliches Nervus ulnaris-Kompressionssyndrom feststellbar (Suva-act. 101). Die Neurologin Dr. F.____ konnte eine diskrete sensible Ulnarisneuropathie links cubital nachweisen (Bericht vom 13. September 2016 [Suva-act. 114]). In der handchirurgischen Sprechstunde vom 19. September 2016 gab der Versicherte an, dass ihm die schnellenden Finger IV und V der linken Hand wieder zunehmend Beschwerden machten. Es erfolgte erneut eine therapeutische A1-Ringbandinfiltration. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 100 % gesteigert (Suva-act. 117; vgl. auch den Hausarztbericht vom 25. November 2016 [Suva-act. 123]). Nach einer weiteren klinischen Verlaufskontrolle hielten Dr. med. H.____, Oberarzt, und Dr. med. I.____, Chefarzt der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), Spital E.____, im Bericht über die handchirurgische Sprechstunde vom 9. Januar 2017 als Diagnose fest: Schnellender Ring- und Kleinfinger Hand links bei Status nach diagnostisch-therapeutischer Infiltration A1-Ringband Dig IV und V am 9. Mai und 19. September 2016. Als Nebendiagnosen vermerkten sie einen Zustand nach metacarpale IV-Schaftfraktur links sowie Kapselbandläsion PIP-Gelenke IV

und V links im Rahmen eines Unfalls vom 7. November 2015 bei Status nach Abscherfraktur radiopalmare Bänder rechts sowie Radiusköpfchenfraktur rechts und eine proximale sowie distale Nervus ulnaris-Neuropathie links. Insgesamt sei der Patient beschwerdearm und arbeite wieder zu 100 %. Die Ringbandstenosen am Ring- und Kleinfinger der linken Hand störten ihn aber sehr. Nach dem zweimaligen positiven Ansprechen auf die therapeutischen A1-Ringbandinfiltrationen sei nun bei zunehmender Beschwerdesymptomatik die A1-Ringbandspaltung Dig IV und V links in Lokalanästhesie geplant. Bei diesen Beschwerden handelte es sich um keine Unfallfolge (Suva-act. 131). Die Operation nahm Dr. H.____ am 23. Januar 2017 vor. Es wurde körperliche Schonung bis zur abgeschlossenen Wundheilung verordnet (Suva-act. 132). Mit Schreiben vom 30. Januar 2017 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie, nachdem es sich bei der Operation vom 23. Januar 2017 gemäss dem Bericht des Spitals E.____ vom 9. Januar 2017 nicht um die Behandlung von Unfallfolgen handle, in diesem Zusammenhang keine Versicherungsleistungen erbringen könne. Was den Unfall vom 7. November 2015 anbetreffe, so gehe sie davon aus, dass die ärztliche Behandlung und Therapie in der Zwischenzeit habe abgeschlossen werden können (Suva-act. 133). Am 13. Februar 2017 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Ilona Zürcher, M.A. in Law HSG, Thal, der Suva mitteilen, dass die ärztlichen Behandlungen und Therapien im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. November 2015 nicht abgeschlossen seien und andauerten. Des Weiteren handle es sich bei der Operation vom 23. Januar 2017 um die Behandlung von Unfallfolgen. Er liess auf ein Zeugnis seines Hausarztes vom 7. Februar 2017 verweisen, worin dieser ausführte, der Verlauf, über den die Suva bestens orientiert sei, zeige eindeutig einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. November 2015 und dem schnellenden Ring- und Kleinfinger der linken Hand (Suva-act. 134). Darauf legte die Suva das medizinische Dossier dem agenturärztlichen Dienst zur Kausalitätsbeurteilung vor (Suva-act. 135). Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kam in seiner Beurteilung vom 16. Februar 2017 zum Schluss, dass das verdickte A1-Ringband der Finger IV und V der linken Hand nicht überwiegend wahrscheinlich eine Folge des Unfalls vom 7. November 2015 darstelle (Suva-act. 136). Mit Verfügung vom 20. Februar 2017 eröffnete die Suva dem Versicherten, dass sie für die Operation vom 23. Januar 2017 und deren Folgen nicht leistungspflichtig sei. Die unfallbedingte Behandlung sei zur Zeit abgeschlossen, weshalb sie den Schadenfall aus unfallbedingter Sicht schliesse. Das Rückfallmelderecht bleibe gewahrt (Suva-act. 137). Am 24. März 2017 erhob Rechtsanwältin Zürcher für den Versicherten Einsprache gegen diese Verfügung und beantragte deren Aufhebung. Es seien die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. November 2015 zu erbringen und insbesondere die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Operation vom 23. Januar 2017. Eventualiter sei ein unabhängiges medizinisches Gutachten zu erstellen. Ihrer Eingabe legte sie die Stellungnahme von Dr. med. K.____, Oberarzt an der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG, Spital E.____, vom 23. Mai 2017 bei, welcher den Standpunkt vertrat, der Unfall sei als Auslöser der symptomatischen Ringbandstenosen ("Schnappfinger") sehr wahrscheinlich (Suva-act. 140 ff.). Die Suva legte das medizinische Dossier in der Folge PD Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, Mitglied FMH, Schwerpunkt Allgemein Chirurgie und Traumatologie, vom Suva-Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin vor mit der Frage, ob die Ringbandstenosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 7. November 2015 zurückzuführen seien (Suva-act.

151). In seiner chirurgischen Beurteilung vom 6. September 2017 kam Dr. L. ___ zum Schluss, der Unfall sei nicht kausal für die später sich manifestierende Symptomatik eines schnellenden Fingers. Er verneinte die gestellte Frage. Es sei ein asymptomatischer Vorzustand anzunehmen. Die Metacarpale IV-Fraktur sei konservativ in Ruhigstellung therapiert worden. Bei Remobilisation nach Abheilung sei es zur Manifestation der "schnellenden Finger" Dig IV und V links gekommen. Es liege eine temporäre Verschlimmerung des Vorzustandes vor (Suva-act. 154). Am 11. September 2017 ergänzte Dr. L. ___ die Beurteilung, indem er angab, der Status quo sine sei nach maximal zehn Wochen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht gewesen (Suva-act. 156). Gestützt auf diese Einschätzung wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 13. September 2017 ab. Auf den generellen Antrag, wonach die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. November 2015 zu erbringen seien, trat sie nicht ein; denn Beschwerden, die keinen Bezug zu den Ringbandstenosen hätten, seien im Verfügungszeitpunkt nicht mehr behandelt worden und der Versicherte sei voll arbeitsfähig gewesen (Suva-act. 157). Gegen den Einspracheentscheid vom 13. September 2017 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 16. Oktober 2017 Beschwerde erheben und dessen Aufhebung beantragen. Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. November 2015 zu erbringen. Weiter sei sie zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Operation vom 23. Januar 2017 zu erbringen und die Kosten der Operation zu übernehmen. Schliesslich habe sie eine Integritätsentschädigung auszurichten. Eventualiter sei ein unabhängiges medizinisches Gutachten zu erstellen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Behandlung der anhaltenden Beschwerden am rechten Ellenbogen sei nicht abgeschlossen, auch leide der Beschwerdeführer weiterhin an Schmerzen im Rücken-, Schulter- und Nackenbereich. Bei den Fingern IV und V der linken Hand seien unfallbedingte Beschwerden dokumentiert, welche unter anderem den operativen Eingriff vom 23. Januar 2017 nötig gemacht hätten. Die Sichtweise von Dr. L. ___, wie er sie in der chirurgischen Beurteilung vom 6. und der Ergänzung vom 11. September 2017 wiedergebe, sei unbegründet sowie nicht nachvollziehbar und stehe zudem im Widerspruch zu den Beurteilungen der besser qualifizierten Fachärzte für Handchirurgie. Es sei davon auszugehen, dass die Ringbandstenose eine durch den Unfall verursachte Gesundheitsschädigung darstelle und die Beschwerdegegnerin somit leistungspflichtig sei (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Im Streit liege einzig die materielle Kausalitätsbeurteilung der Ringbandstenosen. Mit Blick auf die vorhandene Aktenlage könne im Zeitpunkt der Leistungseinstellung mehr als 14 Monate nach dem Unfall keinesfalls davon ausgegangen werden, dass dieser ursächlich für die schnellenden Finger IV und V links sei (act. G 5). Mit Replik vom 1. März 2018 liess der Beschwerdeführer an den mit der Beschwerde gestellten Anträgen festhalten (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 3. April 2018 auf die Einreichung einer ausführlichen Duplik (act. G 11). Am 26. Februar 2019 reichte die Rechtsvertreterin ihre Kostennote ein (act. G 13). Auf die ausführliche Begründung der einzelnen Rechtschriften wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen 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 den

Übergangsbestimmungen werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor Inkrafttreten der Änderung ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend stehen Folgen eines Unfalls vom 7. November 2015 zur Diskussion. Es finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands ist zu beachten, dass im verwaltungs-gerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Entscheide der Beschwerdegegnerin den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Entscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 f. E. 2.1). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 13. September 2017 (Suva-act. 157). Diesem liegt die Verfügung vom 20. Februar 2017 zugrunde (Suva-act. 137). In dieser hat die Beschwerdegegnerin konkret eine Unfallkausalität bezüglich der Ringbandproblematik links verneint und generell die unfallbedingte Behandlung für abgeschlossen erklärt ("weshalb wir den Schadenfall aus unfallbedingter Sicht abschliessen"; Suva-act. 137-2). Zumindest in der Verfügung hat sie damit verbindlich - und erstmals - auch über den Fallabschluss in Bezug auf sämtliche zur Diskussion stehenden unfallbedingten Beschwerden befunden und auch insgesamt eine (fortdauernde) Leistungspflicht für vorübergehende Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) verneint. Damit liegt nebst der Unfallkausalität der Ringbandproblematik auch die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses mit der Einstellung der vorübergehenden Leistungen als Ganzes im Streit. Soweit die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 13. September 2017 auf entsprechende Anträge des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist (Suva-act. 157-5 Ziff. 3), erfolgte dies zu Unrecht; vielmehr hätte sie darüber materiell entscheiden müssen. Dazu hätte nach der Aktenlage oder den Parteivorbringen (Suva-act. 134, 140) hinreichender Anlass bestanden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2018, 8C_210/2018, E. 3.2.3.2, mit weiteren Hinweisen). Nicht zum Anfechtungsgegenstand zählt hingegen ein allfälliger Anspruch des Beschwerdeführers auf Dauerleistungen. Darüber hat die Beschwerdegegnerin noch nicht befunden. Auf den Antrag der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers in ihrer Eingabe vom 16. Oktober 2017 - von Seiten der Beschwerdegegnerin sei eine Integritätsentschädigung auszurichten (act. G 1) - kann mithin mangels Anfechtungsgegenstands nicht eingetreten werden. Konkret zur Beurteilung steht damit zum einen vorab die Unfallkausalität der Ringbandproblematik links. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Angesichts dieser gesetzlichen Bestimmungen bildet die Unfallkausalität Anspruchsvoraussetzung für Heilkosten und Taggeldleistungen der Unfallversicherung. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (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 123 III 110, 112 V 30, 107 V 173, Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Bezüglich Beweiswert 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Reinen Aktengutachten kann gleichfalls voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Februar 2007, U 223/06, E. 5.1.2). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An deren Beweiswürdigung sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Ausgangspunkt für die Prüfung der Unfallkausalität der Ringbandproblematik links bildet der Unfall vom 7. November 2015. Dabei kam der Beschwerdeführer mit seinem Motorrad zu Fall und verletzte sich - unter anderem - die linke Hand. Diese Hand war vor dem Unfall unbeschädigt und voll funktionsfähig. Anhaltspunkte für eine andere Sichtweise finden sich nicht in den Akten. Der Beschwerdeführer war jedenfalls in seiner beruflichen Tätigkeit als Staplerfahrer/Lagerist, welche er seit mehr als 15 Jahren ausübte und welche offensichtlich den Einsatz beider Hände erforderte, bis zum Zeitpunkt des Unfalls uneingeschränkt arbeitsfähig. In der am 11. November 2015 ausgefüllten Schadenmeldung UVG hielt die Arbeitgeberin in Bezug auf die linke Hand unter Sachverhalt als Schädigung fest: Handgelenk und Ringfinger gebrochen; unter Verletzung: Mittelhand (ohne Finger) links Bruch (Suva-act. 1). Im am 17. November 2015 erstellten Austrittsbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen, Spital E.____, wo der Beschwerdeführer nach dem Unfall während elf Tagen hospitalisiert war, ist von einer undislozierten Metacarpale IV Fraktur Hand links die Rede (Suva-act. 17). Dem Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG vom 22. Dezember 2015 (Suva-act. 29) kann entnommen werden, dass diese Diagnose am Unfalltag radiologisch gesichert wurde. Die Verletzung wurde konservativ behandelt; anfänglich durch Ruhigstellung mit einer Intrinsic Plus Schiene (Suva-act. 17); bei Austritt wurde eine passive Gelenkmobilisation der linken Hand aus der dynamischen Schiene

(Twin-Tape Verband Dig IV und V links) verordnet (Suva-act. 18). Auf den Verlaufsrontgenbildern (ap/schräg vom 22. Dezember 2015) zeigte sich eine partielle ossäre Durchbauung und Kallusbildung der um Kompaktabreite nach dorsal dislozierten diaphysären Fraktur des Os metacarpale IV mit Kallusbildung betont radiallyseits; im Übrigen war der Befund stationär (Suva-act. 29). Am 12. Januar 2016 wurde in der Verlaufskontrolle bei radiologisch nachgewiesener fortschreitender Durchbauung der Metacarpale IV Schaftfraktur eine leichte Schwellung im Bereich der PIP-Gelenke IV und V der linken Hand erhoben. Das Streckdefizit in den Gelenken betrug 20°. Die Oberärztin für Hand- und Plastische Chirurgie der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG am Spital E.____, Dr. med. M.____, diagnostizierte Kapselbandläsionen im Bereich der PIP-Gelenke IV und V (Suva-act. 30). Hinweise darauf, dass dieser neue Befund einen pathologischen Hintergrund haben könnte, der nicht mit den sich in Behandlung befindlichen, auf den Unfall vom 7. November 2015 zurückzuführenden Verletzungsfolgen an der linken Hand in Zusammenhang stehen könnte, finden sich nicht. In der Verlaufskontrolle vom 8. Februar 2016 konnte Dr. M.____ eine leichte Abnahme der Beschwerden unter Ergotherapie feststellen (Suva-act. 34). Das gleiche Bild zeigte sich anlässlich der Verlaufskontrolle vom 29. Februar 2016. Dr. M.____ hielt betreffend die linke Hand fest, dass die Schwellung im Bereich der PIP-Gelenke IV und V abnehmend sei. Das Streckdefizit im PIP IV betrage noch 15° und im PIP V 5°. Der Faustschluss sei beinahe komplett (...). Über der Metacarpale IV Fraktur bestehe keine Druckdolenz mehr. Zur Optimierung der Fingerbeweglichkeit sei die Ergotherapie noch weiterzuführen. In sechs Wochen finde die Abschlusskontrolle statt (Suva-act. 46). Am 5. April 2016 wurde indessen wegen persistierender Schmerzen in den PIP-Gelenken IV und V die Fortsetzung der intensiven Ergotherapie empfohlen und eine weitere klinische Verlaufskontrolle in sechs Wochen vorgesehen (Suva-act. 52). Anlässlich dieser, durchgeführt am 9. Mai 2016, berichtete der Patient über eine weitere Beschwerderegredienz unter konsequenter ergotherapeutischer Beübung. Gelegentlich komme es zu einem Schnappphänomen bei Faustschluss der Finger IV und V. Die Schmerzen im PIP-Gelenk des Ringfingers seien auch noch nicht komplett verschwunden. Dr. H.____, der von Dr. M.____ die handchirurgische Betreuung am Spital E.____ übernommen hatte, nahm wegen der schnappenden Finger eine diagnostisch-therapeutische A1-Ringbandinfiltration vor und behandelte zusätzlich antiphlogistisch. Bei Persistenz der schnellenden Finger in acht Wochen würde er die A1-Ringbandspaltung empfehlen (Suva-act. 67). Diesbezüglich berichtete der Patient am 18. Juli 2016 über eine komplette Beschwerderegredienz. Da er aber ein zunehmendes Einschlafen des Klein- und Ringfingers links während der Arbeit und gelegentlich auch nachts erwähnte, wurde neu ein proximales Nervus ulnaris Kompressionssyndrom links diagnostiziert (Suva-act. 101). Die Neurologin Dr. F.____ verifizierte diesen Befund elektrodiagnostisch. Sie hielt im Bericht vom 13. September 2016 fest, es bestehe ein Status nach Unfall im November 2015 mit unter anderem Verletzungen der linken Hand (leicht dislozierte Metacarpale IV Schaftfraktur sowie Kapselbandläsionen PIP-Gelenk IV und V). Im Rahmen dieses Unfalls dürfte es zu einer sensiblen und motorischen Ulnarisneuropathie im Bereich der Handwurzel gekommen sein (Suva-act. 114). Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 19. September 2016 berichtete der Patient gegenüber Dr. H.____ von einer Regredienz der neuropathischen Beschwerden. Dagegen trete das Schnappphänomen am Ringfinger wieder zunehmend auf. Dr. H.____ erhob klinisch eine Druckdolenz über dem A1-Ringband mit palpablen Knötchen und wiederholte die therapeutische A1-Ringbandinfiltration (Suva-act.

117). Dafür, dass es sich bei den genannten Beschwerden um etwas anderes handeln könnte, als um Folgen der ursprünglich beim Unfall vom 7. November 2015 erlittenen Verletzung an der linken Hand oder um Komplikationen, die im Rahmen der allenfalls verzögerten Heilung dieser Verletzungen auftraten, ergeben sich keine Anhaltspunkte. Keine der involvierten medizinischen Fachpersonen und auch nicht die Schaden-Spezialisten der Suva, welche den Verlauf stets zeitnah und bestens dokumentiert verfolgten, erhoben irgendwelche Zweifel in Bezug auf deren Unfallkausalität. Am 9. Januar 2017 begab sich der Beschwerdeführer erneut in die handchirurgische Sprechstunde zu Dr. H. ____. Dieser stellte folgende Diagnose: Schnellender Ring- und Kleinfinger Hand links; Status nach diagnostisch-therapeutischer Infiltration A1-Ringband Dig IV und V am 9. Mai 2016 sowie am 19. September 2016. Als Nebendiagnose daselbst hielt er fest: Zustand nach Metacarpale IV Schafffraktur links sowie Kapselbandläsion PIP-Gelenk IV und V im Rahmen eines Unfalls vom 7. November 2015. Insgesamt sei der Patient beschwerdearm. Er arbeite wieder zu 100 %. Die Ringbandstenosen am Ring- und Kleinfinger störten ihn aber sehr. Bei zweimaligem positiven Ansprechen auf die therapeutischen A1-Ringbandinfiltrationen Dig IV und V sei nun bei zunehmender Beschwerdesymptomatik auf den 23. Januar 2017 die A1-Ringbandsplattung auf der linken Seite in Lokalanästhesie geplant. Der Patient sei im Rahmen der Sprechstunde über den Eingriff und die damit verbundenen Risiken sowie die Nachbehandlung aufgeklärt worden; ein unterschriebenes Aufklärungsprotokoll liege vor. Dr. H. ____ fügte an: Der Patient werde "darauf hingewiesen, dass es sich hier nicht um eine Unfallfolge" handle (Suva-act 131). Die Operation wurde planmässig am 23. Januar 2017 im Spital E. ____ durchgeführt (Suva-act. 132). Nachdem die Arbeitgeberin der Suva die neuerliche Arbeitsunfähigkeit angezeigt hatte (100 % vom 23. Januar bis 6. Februar 2017 [vgl. Suva-act. 128 f.]), verlangte diese vom Spital E. ____ den Operationsbericht und den Bericht über die der Operation vorangegangene Konsultation ein (Suva-act. 130). Mit Schreiben vom 30. Januar 2017 teilte sie dem Beschwerdeführer ohne jede Auseinandersetzung mit dessen Vorgeschichte mit, dass es sich aufgrund des Berichtes des Spitals E. ____ vom 9. Januar 2017 über die Kontrolle vom gleichen Tag bei der Operation vom 23. Januar 2017 nicht um die Behandlung von Unfallfolgen handle und sie deshalb dafür nicht leistungspflichtig sei. Hinsichtlich der im Zusammenhang mit dem Unfall vom 7. November 2015 stehenden ärztlichen Behandlung und Therapie erklärte die Suva kurzerhand, sie betrachte diese als abgeschlossen (Suva-act. 133). Erst als sich der Beschwerdeführer unterstützt von seinem Hausarzt, der aufgrund des Verlaufs einen eindeutigen kausalen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem schnellenden Ring- und Kleinfinger als ausgewiesen erachtete, gegen die Feststellungen der Suva zur Wehr setzte (Suva-act. 134), unterbreitete diese die Kausalitätsfrage am 15. Februar 2017 ihrem Kreisarzt Dr. J. ____ (Suva-act. 135). Bereits am 16. Februar 2017 legte dieser seine Beurteilung vor. Er kam nach einer Zusammenfassung insbesondere der handchirurgischen Sprechstundenberichte zum Schluss, dass stets eine Einschränkung der Beweglichkeit der PIP des linken Ring- und Zeigefingers beschrieben werde. Diese sei auf Läsionen des Kapselbandapparates zurückzuführen, namentlich der sogenannten volaren Platte. Die Beweglichkeitseinschränkung könne also auf ein rein lokales Geschehen begrenzt werden. Das A1-Ringband sei im Bereich der distalen Hohlhandfalte lokalisiert, also der Metatarsalgelenke der Finger. Das bedeute, dass das A1-Ringband in deutlicher Distanz einerseits zu den PIP-Gelenken und andererseits zu der basisnahen Metacarpale IV Fraktur gelegen sei. Theoretisch könnte zwar in jenem Gebiet durch eine massive Schwellung eine narbige Veränderung des Ringbandes entstehen.

Jedoch bestünden weder klinisch noch bildgebend Anhaltspunkte dafür, dass es dort anlässlich des Unfalles vom 7. November 2015 zu einer Verletzung mit deutlichem Weichteilhämatom gekommen sei. Es sei deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich, dass das verdickte A1-Ringband der Finger IV und V links eine Unfallfolge darstelle (Suva-act. 136). Bekanntlich verfügte die Beschwerdegegnerin am 20. Februar 2017 gestützt auf diese Beurteilung, dass sie für die Operation vom 23. Januar 2017 und deren Folgen nicht leistungspflichtig sei (Suva-act. 137). Zur Beurteilung selbst ist zu sagen, dass das örtliche Auseinanderdividieren der einzelnen Gesundheitsschäden zur Kausalitätsbeurteilung sehr spitzfindig anmutet. Der von Dr. J.____ beschriebene Bereich der linken Hand erstreckt sich über wenige Quadratzentimeter. Verursacht durch den Sturz auf die Hand müsste es, sollte seine Sichtweise zutreffen, an der körperfernen Stelle (volare Platte PIP-Gelenk) zu einer Verletzung gekommen sein und an der (bei einem erwachsenen Mann rund sieben Zentimeter entfernten) körpernächsten (Basis Metacarpale IV) ebenfalls; eine sich während der Rekonvaleszenz manifestierende Verletzung in der genau dazwischenliegenden Region, wo sich das A1-Ringband befindet, hätte mit dem Sturz dagegen überwiegend wahrscheinlich nichts zu tun. Das erscheint nicht überzeugend, schon weil der Beschwerdeführer den Sturz mit der ganzen Hand abgefangen haben musste und nicht nur mit einzelnen, örtlich abgrenzbaren Teilbereichen davon. Dagegen sprechen auch die am 17. Februar 2016 angefertigten Photographien der linken Hand (Suva-act. 41), auf welchen sich im Bereich der Finger IV und V (Rest-)Schwellungen zeigen, die sich, zumindest aus Laiensicht, über die proximale Phalangen IV und V bis in den basisnahen Handrücken zu erstrecken scheinen. Gestützt darauf liesse sich auch ohne Weiteres die Ansicht vertreten, die von Dr. J.____ als rein theoretisch qualifizierte kausale Entwicklung (vgl. oben: narbige Ringbandveränderung durch massive Schwellung) könnte tatsächlich auch dem wirklichen Verlauf entsprechen. Im Verlauf des Einspracheverfahrens legte der Beschwerdeführer sodann eine Stellungnahme von Dr. K.____ vom 23. Mai 2017 zur Frage der Kausalität der schnellenden Finger mit dem Unfall vom 7. November 2015 auf (Suva-act. 144). Bekanntlich wurde in dieser Klinik die Operation, um die es hier geht, also die A1-Ringbandspaltung, am 23. Januar 2017 durchgeführt. Anders als sein Kollege, der Operateur Dr. H.____ im Vorfeld des Eingriffs (vgl. Suva-act. 131), bejahte Dr. K.____ im Nachhinein einen Zusammenhang zwischen der Tendovaginitis stenosans (schnellende Finger) von Ring- und Kleinfinger mit dem Unfall und den dabei verletzten Fingern klar. Auch anders als sein Kollege, der nie Argumente für seinen die Kausalität verneinenden Standpunkt geliefert hatte, begründete Dr. K.____ seine Einschätzung: Man beobachte oft, dass sich durch ein Trauma, also eine Verletzung oder Operation, im fraglichen Bereich ein schneller Finger entwickeln könne. Man gehe davon aus, dass eine gewisse Prädisposition im Sinne einer relativen Ringbandstenose vorbestehe und durch das Trauma schliesslich symptomatisch werde, was sich durch eine Volumenzunahme der Sehne erklären lasse. Durch eine Reizung und Entzündungsreaktion komme es zu einer Schwellung der Sehnenscheide, was die Gleitfähigkeit der Sehne im Sehnenkanal und eben durch die Ringbänder beeinträchtigen könne. Dem Bereich Einsprachen der Abteilung Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin genügte dies nicht, um, was nahegelegen wäre, den Standpunkt in der Kausalitätsbeurteilung zu revidieren. Vielmehr sah sich dieser nun veranlasst, das Dossier am 25. August 2017 dem Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin vorzulegen mit der Frage, ob die Ringbandstenosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 7. November 2015 zurückzuführen seien. Dr. L.____ legte am 6. September 2017 seine umfangreiche Beurteilung vor. Auf acht

Seiten fasste er die Vorgeschichte zusammen. Auf gut vier Seiten erstellte er eine Dokumentation der vorhandenen Bildgebung zur linken Hand und beurteilte diese aus seiner Sicht. Sodann trug er auf gut zwei Seiten Literatur zum schnellenden Finger zusammen. Seine eigentliche Beurteilung unter Berücksichtigung der zitierten Literatur beginnt er so: "Das Auftreten dieser Ringbandsymptomatik an Dig IV und V links nach einem Unfall mit Verletzung der linken Hand ist in der Tat eigenartig." Dr. L. ___ fragt sich, ob das nun eine zeitliche Koinzidenz zwischen Unfall und Manifestation der Ringbandsymptomatik sei oder ob der Unfall das Phänomen verursacht habe. Er fährt fort, dass der Grund für das Phänomen meist unklar sei, dass aber mehrere "Grundkrankheiten" eine Rolle spielen könnten. Er nennt Diabetes mellitus, Hypothyreose, Niereninsuffizienz, Amyloidose, Gicht und rheumatoide Arthritis; alles Krankheiten, an welchen der Beschwerdeführer nach Lage der Akten weder leidet noch je gelitten hat. Dr. L. ___ bemerkt sodann, dass ein akutes Trauma selten für eine Verengung des Ringbandes verantwortlich sei. Für diese Aussage referenziert er keine Literatur. Dafür unterlegt er die Feststellung, eine Veränderung der Sehne durch ein Trauma sei beschrieben, mehrfach mit Hinweisen namentlich auf japanische Autoren. Vorliegend geht es aber gar nicht um eine traumatische Sehnenveränderung. Die Ringbänder würden sich, so Dr. L. ___ weiter, durch eine Druckerhöhung im Ringbandkanal verändern. Als gutes Beispiel nennt er die Kletterer. Freilich deutet nichts in den Akten darauf hin, dass der Beschwerdeführer ein Kletterer wäre, noch dass er sonst seine Finger in einer Art belasten würde, wie es diese beim erwähnten Bouldern tun. Damit hängen auch die ganzen Ausführungen zu den Veränderungen der histologischen Struktur der Ringbänder bei Druckerhöhung in der Luft; genauso wie die Folgerung, die Dr. L. ___ gestützt darauf aufgrund der sogenannten Metaplasie (Umänderung) von "zarten, feinen" Fibroblasten in "härtere" Chondrozyten (Knorpelzellen) zieht, nämlich dass der Prozess viel länger dauere als die Zeit, die vorliegend zwischen Unfall und Auftreten des Phänomens schnellende Finger verstrichen ist. Ganz abgesehen davon ist im Zusammenhang mit dem A1-Ringband des Beschwerdeführers kein histologischer Befund aktenkundig. Der von Dr. L. ___ postulierte und unter Verwendung von vielfältiger, bezüglich ihrer Einschlägigkeit durchaus anzweifelbarer Literatur herbeigeschriebene Metaplasieprozess erweist sich damit als reine Spekulation. Seine These von einer vorbestehenden Problematik, die durch den Unfall exazerbiert worden sei, versucht er dadurch zu erhärten, dass immerhin zwei bis drei Prozent der Bevölkerung eine Ringbandsymptomatik hätten. Diese Inzidenz belegt indessen genau das Gegenteil: Beim Beschwerdeführer, der vor dem Unfall während 43 Jahren über eine einwandfrei funktionierende linke Hand verfügte, ist es mit 97 bis 98 Prozent überwiegend wahrscheinlich, dass er ohne den Unfall nie von einem Schnappfinger-Phänomen betroffen worden wäre. Dies umso weniger, als ein solches bei Männern offenbar sechsmal weniger vorkommt als bei Frauen (vgl. Suva-act. 154-16). Wenn die einmal zum Laufen gebrachte "Kausalitätsprüfungsmaschinerie" der Beschwerdegegnerin nach dem Gesagten einen ursächlichen Zusammenhang der A1-Ringbandsymptomatik mit dem Unfall verneint, überzeugt dies in keiner Weise. Vielmehr beschleicht einen gelegentlich der Verdacht, diese verfolge das einzige Ziel, die Haftung für ein Unfallereignis unter allen Umständen ablehnen zu können. Angesichts dieser Ausführungen sind an den Beurteilungen, welche die Beschwerdegegnerin im Administrativ- und im Einspracheverfahren bei ihren eigenen Ärzten eingeholt hat, erhebliche Zweifel in Bezug auf deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit aufgetaucht. Praxismässig wären somit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. vorne E 3.2 am

Schluss mit Hinweisen). Vorliegend erlauben indessen die teils ausführlichen medizinisch-theoretischen Darlegungen der Versicherungsärzte Dres. J. ___ und L. ___ unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der anderen mit der Verletzung der linken Hand befassten Medizinalpersonen e contrario den Schluss, dass die beim Unfall vom 7. November 2015 erlittene Verletzung an der linken Hand im Januar 2017 noch nicht ausgeheilt war. Vielmehr stellt das am 9. Mai 2016 erstmals erwähnte und am 23. Januar 2017 mittels operativer A1-Ringbandspaltung therapierte Schnappphänomen am Ring- und Kleinfinger der linken Hand eine Unfallfolge dar, für deren Behandlung die Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen hat. Die leistungsverweigernde Verfügung vom 20. Februar 2017 bzw. der diese bestätigende Einspracheentscheid vom 13. September 2017 erging in diesem Punkt damit zu Unrecht. Zu prüfen bleibt die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses (bzw. der Nachweis des Erreichens des medizinischen Endzustands) mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen auf den Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung (20. Februar 2017) in Bezug auf die übrigen zur Diskussion stehenden Unfallbeschwerden, insbesondere im Bereich des rechten Ellenbogens. Geltend gemacht werden im Weiteren Schmerzen im Rücken-, Schulter- und Nackenbereich (act. G 1 Seite 8). Die Unfallversicherer haben während der medizinisch instabilen Schadensphase (also bis zum Erreichen des medizinischen Endzustands) vorübergehende Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu erbringen. Dieser Anspruch erlischt, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG; vgl. anstatt vieler das Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2012, 8C_425/2012, E. 4.2). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands noch erwartet werden kann, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeits- (BGE 134 V 115 E. 4.3) bzw. Funktionsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2014, 8C_354/2014, E. 3.2), soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Entscheidungsgrundlagen zur Beantwortung dieser Frage bilden in erster Linie die Auskünfte medizinischer Fachpersonen zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Gesundheitsentwicklung (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2016, 8C_651/2016, E. 4.1). Dazu, ob bei den übrigen genannten Unfallfolgen der medizinische Endzustand erreicht wurde, liegen keine aussagekräftigen medizinischen Unterlagen im Recht. Dr. J. ___ führte in seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2017 zwar aus, dass vieles dafür spreche, dass die unfallbedingte Behandlung abgeschlossen sei (Suva-act. 136-4); er begründete diese Einschätzung indes nicht und nahm auch keinen Bezug auf allfällige, nebst der Ringbandproblematik bestehende Beschwerden. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall wieder zu 100% arbeitsfähig war (Suva-act. 115, 119, 121), genügt alleine zur Annahme eines Endzustands nicht (vgl. erneut Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2014, 8C_354/2014, E. 3.2). Im Gegenteil lässt der Arztbericht vom 20. Oktober 2017 (act. G 9.3) darauf schliessen, dass hinsichtlich des rechten Ellenbogens über das Verfügungsdatum hinaus behandlungsbedürftige unfallkausale Beschwerden vorlagen. Eine rechtsgenügende medizinische Grundlage zur Annahme eines medizinischen Endzustands in Bezug auf den rechten Ellenbogen rechts per 20. Februar 2017 liegt auf jeden Fall nicht vor. Diesbezüglich bedarf es weiterer Abklärungen. Dasselbe gilt in Bezug auf die geltend gemachten Schleudertraumafolgen mit Schmerzen im Rücken-, Schulter- und Nackenbereich (Suva-act. 140-4 f.). Dazu hat die Beschwerdeführerin überhaupt keine Abklärungen getroffen und es liegen weder medizinische noch rechtliche Beurteilungen bei den Akten. Insgesamt erweist sich der

Sachverhalt diesbezüglich als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde - soweit darauf eingetreten werden kann - gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 13. September 2017 aufzuheben. Für die unfallkausale Ringbandproblematik links sind die Versicherungsleistungen zu erbringen (vgl. vorstehende E. 4). In Bezug auf die übrigen zur Diskussion stehenden Beschwerden (Ellenbogen rechts; Rücken-, Schulter- und Nackenbereich; vgl. vorstehende E. 5) bedarf es weiterer Abklärungen seitens der Beschwerdegegnerin. 6.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 6.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat eine Kostennote über Fr. 5'209.05 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht (act. G 13). Damit macht sie Aufwendungen geltend, die um gut 30 Prozent über denjenigen liegen, die das Versicherungsgericht in vergleichbaren Fällen üblicherweise entschädigt. Angesichts der nicht sehr umfangreichen Akten sowie des in erster Linie auf die Beweiswürdigung beschränkten Prozessthemas und in Berücksichtigung von Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75), wonach das Honorar in der Verwaltungsrechtspflege pauschal auszurichten ist, lässt sich diese Abweichung nicht rechtfertigen. Angemessen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 13. September 2017 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, für die Ringbandproblematik links die Versicherungsleistungen zu erbringen. Bezüglich der Beschwerden an der rechten oberen Extremität sowie im Nacken- und Rückenbereich wird die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Auf den Antrag um Ausrichtung einer Integritätsentschädigung wird nicht eingetreten. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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