

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.68 vom 15. März 2017**

SO Obergericht, 2017-03-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.68\\_d20170315](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.68_d20170315)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.68 du 15 mars 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.68 del 15 marzo 2017

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der Einspracheentscheid vom 1. Februar 2016 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen (aktuell Heilungskosten und temporär Taggeld) betreffend die über den 17. August 2014 erfolgte Heilbehandlung und damit insbesondere den am 4. September 2015 erfolgten Handgelenkseingriff auszurichten.

### **E. 2.3**

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis, 8C\_240/2016 vom 13. Juli 2016 E. 3). 2.4 Treten im Anschluss an einen Unfall davor nicht bestandene Beschwerden auf und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17

8C\_181/2009 E. 5.4 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2). 3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). 3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264; Urteil des Bundesgerichts 8C\_474/2016 vom 23. Januar 2017 E. 2.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_352/2015, 8C\_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1). 3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss hat sich die gerichtliche Prüfung auf den Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 1. Februar 2016 zu beschränken (BGE 135 V 201 E. 7.3 S. 215, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). 3.4 Für den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten 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 begründet

sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_620/2015 vom 24. März 2016 E. 3.2). 3.5 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_672/2016 vom 29. November 2016 E. 2.2).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ihre im Anschluss an das Unfallereignis vom Juni 2014 ausgerichteten Leistungen (Taggeld und Heilkosten) mit Einspracheentscheid vom 1. Februar 2016 zu Recht per 17. August 2014 eingestellt hat. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auch zu prüfen, ob sie für den operativen Eingriff vom 4. September 2015 leistungspflichtig ist. 5. Es ist zunächst auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin einzugehen, wobei sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt präsentieren: 5.1 Im Arztzeugnis UVG vom 20. August 2014 (V.A. 3) hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, die Erstbehandlung habe am 24. Juni 2014 stattgefunden. Die Beschwerdeführerin sei ausgerutscht und auf die linke Körperseite gefallen. Als Befund gab er einen Schmerz über dem Handgelenk an, als Diagnose eine «Impressionsfraktur Os pisiforme Hand links». Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor. Der Behandlungsabschluss könne voraussichtlich in acht Wochen vorgenommen werden. 5.2 Der Radiologe Dr. med. I.\_\_\_\_, [...] beurteilte die am 11. Juli 2014 durchgeführte MRT des linken Handgelenks (V.A. 2) wie folgt: «1. Verdacht auf kleine umschriebene Impressionsfraktur des Os pisiforme der Corticalis, angrenzend an den Gelenkspalt zum Pisiforme mit Ödem im Markraum des Pisiforme. 2. Kleine zystoide Veränderungen des Os lunatum ulnarseitig proximal im Rahmen eines sogenannten Ulna Impaction Syndroms sowie Verdacht auf kleinen zentralen Defekt des TFCC angrenzend zwischen dem Ulnaköpfchen und dem Lunatum.» 5.3 Aufgrund der am 26. August 2014 durchgeführten CT des Handgelenks links (V.A. 4) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ folgende Beurteilung fest: «1. Konsolidierte Impressionsfraktur des Os pisiforme. 2. Sklerosierte Knochenstruktur am Rand des Os lunatum proximal ulnarseits mit kleiner zystoider Läsion subchondral. Kein Nachweis einer Impression der Kontur.» 5.4 Der Radiologe Dr. med. J.\_\_\_\_ gelangte aufgrund der Röntgen- und der MR-Arthrographien des Handgelenks links vom 27. November 2014 (V.A. 5) zu folgender Beurteilung: «1. Bildgebend Hinweise auf ein ulnares Impaktionssyndrom bei leichtem Ulnavorschub, degenerativ bedingter Perforation des Diskus articularis sowie Knorpelschaden ulnarseitig am Os lunatum mit begleitendem deutlichen Ödem und leichter Degeneration der Pars membranacea des lunotriquetralen Ligaments. 2. Verdacht auf partiellen Einriss an der fovealen Insertion des TFC. 3. Bei Status nach Impaktionsfraktur des Os pisiforme ist die Gelenksfläche irregulär und etwas imprimiert sowie osteophytäre Ausziehung bei beginnender geringer Arthrose. Keine Aktivierungszeichen. Vollständige Konsolidation.» 5.5 Der Neurologe Dr. med. C.\_\_\_\_

hielt betreffend den EMG/ENG-Befund vom 9. Februar 2015 (V.A. 6 S. 3 f.) fest, es seien vollkommen normale Neurographien des Nervus medianus und ulnaris links gegeben, insbesondere bestünden keine Hinweise auf eine Neuropathie des Nervus medianus oder ulnaris links. 5.6 Dr. med. C. \_\_\_ wies in seinem Schreiben vom 10. Februar 2015 (V.A. 6) die folgenden Diagnosen aus: Persistierende Schmerzen am Handgelenk und distalen Unterarm links nach Sturz mit Handkontusion am 17. Juni 2014 - Klinisch und elektroneurografisch kein Hinweis auf eine periphere Nervenläsion Die Beschwerdeführerin sei wegen persistierender Schmerzen über dem linken Handgelenk und Unterarm nach einer Handkontusion bei Sturz Mitte Juni letzten Jahres zugewiesen worden. Nach diversen Therapien (Ergotherapie, Analgetika, Infiltrationen) habe gemäss heutigen Angaben der Beschwerdeführerin im Verlauf der letzten Monate eine langsame, aber stetige Besserung erreicht werden können. Nach einer falschen Bewegung Anfang dieses Jahres sei eine erneute Verschlechterung mit seither persistierenden Schmerzen über dem Handgelenk und distalen Unterarm aufgetreten, verstärkt bei manuellen Tätigkeiten. Bei der klinischen Untersuchung könnten die Beschwerden bei Extension des Handgelenks reproduziert und sogar ein kleiner «Klick» über den Sehnen 5.5 cm oberhalb des Karpalkanals erspürt und gehört werden. Ansonsten seien klinisch vollkommen normale Befunde feststellbar, insbesondere keine sensomotorischen Ausfälle, auch keinerlei Hinweise auf ein CRPS. Wie aus der beiliegenden EMG (Elektromyografie) hervorgehe (vgl. E. II. 5.5 hiervor), könnten eine periphere Neuropathie und insbesondere eine Läsion des N. ulnaris und/oder medianus weitgehend ausgeschlossen werden. Aufgrund der klinischen Befunde sei am ehesten eine Sehnenproblematik zu postulieren. Er, Dr. med. C. \_\_\_, sei indes überfragt, ob die betroffene Stelle (5.5 cm oberhalb des Karpalkanals) bei der MRI-Abklärung des Handgelenks auch abgeklärt worden sei. 5.7 Im von Hand geschriebenen und daher nicht gut lesbaren ärztlichen Zwischenbericht vom 24. April 2015 (V.A. 7) stellte Dr. med. E. \_\_\_, FMH Plastische- und Handchirurgie, folgende Diagnosen: - TFCC-Läsion links, ulnare Impaktionssymptomatik - Pisotriquetrale Arthrose links, Status nach Os pisiforme Fraktur links Juni 2014 - aktuell: Schmerzen im Bereich des proximalen Karpalkanals bei schnappenden Bewegungen Die Beschwerdeführerin gebe persistierende einschliessende Schmerzen bei z.T. «schnappenden» Sehnen im proximalen Karpalkanal links an. Im ENG (Elektroneurographie) sei kein CTS (Karpaltunnelsyndrom) feststellbar. Es würden im Heilungsverlauf keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Die gegenwärtige Behandlung erfolge mit nichtsteroidalen Antirheumatika. Bei fehlender Besserung werde die Vornahme einer Ultraschalldiagnostik vorgeschlagen. Die Beratungen fänden alle vier bis sechs Wochen statt. Die Dauer der Behandlung sei nicht absehbar. 5.8 Dr. med. E. \_\_\_ wies sodann im Bericht vom 5. Juni 2015 (V.A. 9) die folgenden Diagnosen aus: - Pisotriquetrale Arthrose bei Status nach Impressionsfraktur Os pisiforme links (Juni 2014) - TFCC Läsion links Dr. med. E. \_\_\_ habe die Beschwerdeführerin im Rahmen der Sprechstunde vom 2. März 2015 gesehen. Sie habe sich bei einem Sturz vom 7. Juni 2014 eine Kontusion der linken Hand zugezogen. Gelegentlich gebe sie Parästhesien an. Die Beschwerdeführerin gebe persistierende Schmerzen im Bereich des Handgelenks an. Keine Parästhesien. Bei der klinischen Untersuchung finde sich eine Druckdolenz im Bereich des Os pisiforme und im Bereich des ulnaren Os lunatum. Die Sensibilität der Hände und der Vorderarme sei normal. Es sei kein Tinelzeichen auslösbar. Der Phalantest sei negativ. Der Finkelsteintest sei negativ. Die Beschwerdeführerin weise links eine ulnare Impaktionssymptomatik auf. Der Allentest sei nicht pathologisch. Die Pulse seien seitengleich. MRI-tomographisch zeige sich ein Status nach Os pisiforme Fraktur und TFCC Läsion sowie Arrosion des

ulnaren Os lunatums. Radiologisch zeige sich eine Ulnaplusstellung. Elektroneurographisch habe ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen werden können. Es sei eine konservative Therapie mit antiphlogistischen Massnahmen, Schienen etc. begonnen worden. Bei fehlender Besserung müsste ein operatives Vorgehen evaluiert werden. 5.9 Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt in den Berichten vom 30. Juli 2015 betreffend die Planung des operativen Eingriffs vom 4. September 2015 (V.A. 10) fest, es werde eine Erbsenbeinentfernung (Os pisiforme) links, eine Ellenverkürzung und evtl. eine TFCC-Naht links vorgenommen. Die postoperative Behandlung dauere ungefähr sechs bis acht Wochen. Dr. med. E.\_\_\_\_ wies zudem die folgenden Diagnosen aus: «Ulnare Impaktionssymptomatik (zu lange Elle), pisiforme Arthrose Ellenbogen links». 5.10 Dr. med. D.\_\_\_\_, der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 27. August 2015 (V.A. 12) aus, die objektiven Befunde stünden nicht im natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 17. Juni 2014. Begründung: Wahrscheinlich sei die Os pisiforme Fraktur unfallkausal gewesen, daneben bestünden jedoch degenerative Veränderungen ulnocarpal. Diese zeigten im CT vom 26. August 2014 (vgl. E. II. 5.3 hiervoor) bereits degenerative Veränderungen, wie sie im zeitlichen Ablauf von Unfallereignis bis zum CT nicht hätten entstehen können, dies benötige einen mehr- bis vielfachen Zeitraum. Es gebe in diesem Bereich auch keine neuen unfallbedingten strukturellen Läsionen, welche eine richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes erklären würden. Der Status quo sine sei in Bezug auf das Unfallereignis mit Prellung auch im Bereich ulnocarpal zwei Monate nach dem Unfallereignis erreicht worden. Falls hier eine Ulnaverkürzungsosteotomie oder eine Revision des TFCC geplant sei, könne dies nicht kausal zum Unfallereignis erfolgen. Falls gezielt Massnahmen im Bereich des Os pisiforme nötig würden (aktuell sehe Dr. med. D.\_\_\_\_ keine Indikation), wäre dies unfallkausal. 5.11 Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt im Bericht über die Operation vom 4. September 2015 mit Ellenverkürzungsosteotomie links, TFCC-Refixation links und Resektion Os pisiforme links folgende Diagnosen fest (A.S. 44 f.): - Ulnare Impaktionssymptomatik links - TFCC-Läsion links - Pisotriquetrale Arthrose bei Status nach Impressionsfraktur Os pisiforme Die Wundkontrolle erfolge in zwei Tagen. Die Naht werde in 14 Tagen postoperativ entfernt und es sei für sechs Wochen eine Schiene zu tragen. 5.12 Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 16. September 2015 (V.A. 13bis a) folgende Diagnosen fest: - TFCC Ruptur Status nach TFCC Naht und Ellenverkürzung bei Ulna Plus Stellung links - Pisotriquetrale Arthrose bei Status nach Impressionsfraktur Os pisiforme links Die Beschwerden bei der Beschwerdeführerin, welche vor dem Unfall vom 7. Juni 2014 (recte: 17. Juni 2014) inexistent gewesen seien, stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang mit dem Unfall. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die pisotriquetrale Arthrose durch die Impressionsfraktur am Os pisiforme entstanden. Zusätzlich sei der Abriss des TFCCs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anlässlich des erwähnten Unfalls entstanden. 5.13 Dr. med. D.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 13. November 2015 (V.A. 14) aus, bei der Beschwerdeführerin lägen zwei völlig unterschiedliche Dinge vor. Zum einen habe die Beschwerdeführerin eine Fraktur des Os pisiforme erlitten. Die Kausalität zum Unfall vom 17. Juni 2014 sei diesbezüglich gegeben. Das habe er auch in seiner Stellungnahme vom 27. August 2015 (vgl. E. II. 5.10 hiervoor) so ausgedrückt und auch noch darauf hingewiesen, dass, falls in diesem Bereich noch ein operativer Eingriff erforderlich werde, dieser unfallkausal sein werde. Dann gebe es noch ein ulnares Impaktionssyndrom bei leichtem Ulnavorschub mit hierdurch bedingter degenerativer Perforation des Discus articularis sowie Knorpelschädigung ulnarseits am Os lunatum. Dies belege die CT

Handgelenk vom 26. August 2014 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) und die MR Handgelenk vom 11. Juli 2014 (vgl. E. II. 5.2 hiervor). Der allenfalls vielleicht vorhandene partielle Einriss an der fovealen Insertion des TFCC (Dr. med. D.\_\_\_\_ habe die Bilder der CT Handgelenk und MR Handgelenk, welche bereits genannt worden seien, eingesehen) habe zum Gesamtbild dieser unfallfremden Situation gehört. Dass diese Situation unfallfremd sei, belege einerseits die Situation, dass degenerative Veränderungen in einem Ausmass vorhanden seien, wie sie sich in dem kurzen Zeitraum vom Unfallereignis bis zur Diagnostik nicht hätten entwickeln können, und andererseits die Situation, dass in diesem Bereich keine typischen zusätzlichen traumatischen Läsionen vorlägen. So könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass hier eine richtungsgebende Verschlechterung des Vorzustandes vorliegen könne. Dr. med. D.\_\_\_\_ erinnere sich, es sei ihm mitgeteilt worden, dass ein operativer Eingriff bereits erfolgt sei. Bei der Beurteilung sei ihm ein Operationsbericht allerdings nicht vorgelegen. Hier sei wahrscheinlich eine Ulnaverkürzungsosteotomie durchgeführt worden. Wahrscheinlich habe man dann auch gleichzeitig eine Revision im Bereich des Os pisiforme durchgeführt. Der Anteil des operativen Eingriffs mit Ulnaverkürzungsosteotomie dürfte als der wesentliche Anteil des gesamten operativen Eingriffs betrachtet werden.

5.14 Dr. med. E.\_\_\_\_ führte in seiner E-Mail vom 25. Dezember 2015 an Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, beratender Arzt der SWICA, aus (V.A. 15 S. 1), bei degenerativen TFCC Läsionen finde sich meist ein zentrales Loch, welches man nicht reparieren könne. Bei der Beschwerdeführerin habe sich ein der Fovea naher Riss gezeigt, welcher bei ausreichender Dicke des TFCCs trotz langer Elle habe genäht werden können. Diese Risse seien traumatischer Genese. Trotzdem müsse die Elle verkürzt werden, um die Ausheilung der TFCC Naht zu garantieren.

5.15 Dr. med. F.\_\_\_\_ legte in seiner vertrauensärztlichen Beurteilung im Auftrag der SWICA betreffend die TFCC-Ruptur der linken Hand vom 28. Dezember 2015 (V.A. 15 S. 1 f.) dar, vor dem Unfallereignis habe die Beschwerdeführerin keine anderweitigen, die linke Hand (Handgelenk) betreffenden Unfälle oder Krankheiten und daselbst auch keinerlei Beschwerden oder irgendwelche Beeinträchtigungen gehabt. Diese seien erst aufgetreten beim/ab dem Unfallereignis, was für sich alleine noch nicht Beweis sei, dass sie unfallbedingt sein müssten. Sie liessen sich jedoch im Sinne von Brückensymptomen auf das Ereignis zurückführen. Insbesondere wiesen die erhobenen Befunde die Unfallgenese aus. Er beziehe sich auch auf die überzeugende Argumentation von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 25. Dezember 2015 (vgl. E. II. 5.14 hiervor) und schliesse sich ihr voll und ganz an. Es gebe im vorliegenden Fall keinen ausgewiesenen Grund, die TFCC-Ruptur nicht als unfallbedingt zu werten.

5.16 Im Gerichtsgutachten vom 30. November 2016 (A.S. 53 ff.) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie und FMH Handchirurgie, aus, die Beschwerdeführerin habe bei ihrem Sturz am 17. Juni 2014 durch Anprall der Beugeseite des linken Handgelenks einen Bruch des Os pisiforme erlitten, dies in Form einer Impression der dem Os triquetrum gegenüberliegenden Knochenwand. Dieser Bruch sei in der Folge unter Deformierung dieser Gelenkfläche abgeheilt, im weiteren Verlauf habe sich in typischer Weise eine posttraumatische Arthrose des Pisotriquetralgelenks ausgebildet. Der Befund und der weitere, schmerzhaftes Beschwerdeverlauf liessen sich eindeutig dem Unfall zuordnen. Im Rahmen der Diagnostik nach dem Unfall mit zwei MRI's im Juli 2014 sowie im November 2014 und einem CT vom 26. August 2014 habe sich nebenbefundlich eine geringe Ulna-plus-Variante mit degenerativen, zentralen Veränderungen im TFCC sowie am Os lunatum im Sinne eines chronischen Ulna-Impaktionssyndroms gezeigt. Bei späteren MRI

sei zusätzlich ein partieller Riss des proximalen Anteils des TFCC am fovealen Ansatz der Ulna befundet worden. Zusätzlich zeigten sich beginnende, arthrotische Veränderungen im Pisotriquetralgelenk. Bezüglich der beim Unfall erlittenen Fraktur des Os pisiforme und der dann sekundär ausgebildeten, pisotriquetralen Arthrose sei die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass die im weiteren Verlauf aufgetretenen Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Handgelenk als unfallkausal anzusehen seien. Begründung: Der Unfallhergang mit Anprall des beuge-ulnarseitigen Handgelenks bei gestreckter Hand gegen einen harten Gegenstand sei typisch für die Entstehung der genannten Fraktur. In über 90 % dieser sehr selten auftretenden Fraktur werde die Verletzung durch einen solchen, direkten Anprall verursacht. Die aufgetretenen Beschwerden sowie die posttraumatisch entwickelte, pisotriquetrale Arthrose wären ohne das genannte Ereignis nicht aufgetreten. Der Riss des TFCC am fovealen Ansatz der Elle sei nicht als unfallkausal anzusehen, sondern mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit Bestandteil der vorbestehenden, degenerativen Veränderungen im Rahmen des ulnaren Impaktionssyndroms. Begründung: Der von der Explorandin in allen Phasen des Sturzes gut erinnerte Unfallhergang könne mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einem partiellen oder vollständigen Riss am Ansatz des TFCC führen. Ein solcher Riss werde in aller Regel durch einen Sturz mit vollem Körpergewicht auf die im Handgelenk überstreckte und nach radial geneigte Hand hervorgerufen. Bei einem solchen Unfallhergang wäre hingegen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit keine Fraktur des Os pisiforme aufgetreten. In der Regel heilten solche partiellen Risse in dem relativ gut durchbluteten Anteil des TFCC ohne operative Massnahme im Laufe von drei bis sechs Monaten aus. Die Kombinationsverletzung Fraktur des Os pisiforme zusammen mit einer Läsion des TFCC sei aus eigener Erfahrung nicht bekannt und in der Literatur bisher nie beschrieben. Beschrieben seien häufig Kombinationsverletzungen aus einem körperfremden Bruch der Speiche mit Gelenkbeteiligung und gleichzeitigem Ausriss des TFCC. Ein Ulna-Impaktionssyndrom bei verlängerter Elle im Vergleich zur Speiche könne über lange Zeit völlig symptomlos bleiben oder sogar lebenslang keine relevanten Beschwerden auslösen. In der Regel würden die Beschwerden dann auftreten, wenn eine übermässige, über einen langen Zeitraum bestehende, manuelle Belastung mit häufiger Überstreckung und nach ellenwärts geneigter Handgelenksstellung gegen Widerstand notwendig sei. Laut OP-Bericht des behandelnden Handchirurgen sei 15 Monate nach dem Unfall ein kleiner Riss des TFCC mit einem dünnen Faden genäht worden. Dies spreche nicht für eine relevante Instabilität, sondern eher für eine degenerative Veränderung. Die operative Versorgung einer solchen Läsion sei lediglich relativ indiziert. Ob die vorbestehende, ulnare Impaktion mit den dokumentierten, degenerativen Veränderungen einen Anteil an den posttraumatischen Beschwerden in welcher Höhe habe, lasse sich nur spekulativ beurteilen. Die genannten Beschwerden könnten auch alleine durch die Fraktur des Os pisiforme und vor allem die anschliessende, posttraumatische pisotriquetrale Arthrose erklärt werden. Bezüglich des unfallkausalen Zusammenhangs der Os-pisiforme-Fraktur sei der Status quo ante erst nach der im September 2015 durchgeführten Operation mit Entfernung des Erbsenbeins erreicht worden, ohne das Unfallereignis wären keine Beschwerden im Bereich des Handgelenks aufgrund des Sturzes aufgetreten. Nach dem erfreulich schnellen Besserungsverlauf nach der Operation sei der Status quo ante zu 100 % erreicht. Eine unfallbedingte, partielle Ruptur im fovealen Ansatzbereich des TFCC ohne Verlust der Stabilität im körperfernen Drehgelenk zwischen Elle und Speiche verursache in der Regel keine solchen langandauernden Beschwerden im Handgelenk und heile in der Regel durch konservative

Behandlung mit Ruhigstellung des Handgelenks aus. Die Beschwerdeführerin sei postoperativ innerhalb einer Woche vollkommen schmerzfrei gewesen, die Kraft der betroffenen, linken Hand sei nach drei Monaten komplett wieder hergestellt. Es hätten sich keine Funktionseinschränkungen ergeben. Die nach dem 17. August 2014 durchgeführten Massnahmen wie medikamentöse Schmerzbehandlung, Ergotherapie sowie lokal erfolgte Infiltrationen mit Cortison, seien zur Besserung der posttraumatisch vorhandenen Beschwerden indiziert gewesen und wären auch ohne eine vorbestehende, degenerative Veränderung bei Ulna-Impaktion in dieser Weise durchgeführt worden. Ebenso die 15 Monate nach dem Unfall durchgeführte, operative Entfernung des Erbsenbeins bei mittlerweile ausgebildeter pisotriquetraler Arthrose. Die vorbestehenden, degenerativen Veränderungen im Rahmen eines Ulna-Impaktionssyndroms bei im Vergleich zur Speiche zu langer Elle, zu denen auch die partielle Läsion im fovealen Ansatzbereich des TFCC zähle, hätten gemäss Vermutung des behandelnden Handchirurgen zum Beschwerdebild nach dem Unfallereignis beigetragen, daher habe er die Indikation gestellt, zusätzlich zur Entfernung des Erbsenbeins eine Ellen-Verkürzungsoperation im selben Eingriff durchzuführen. Die im Rahmen des genannten Eingriffs zusätzlich erfolgte Versorgung der vom Operateur unfallkausal vermuteten partiellen Läsion des TFCC im fovealen Ansatzbereich durch Naht sei nicht indiziert gewesen, da zum einen eine solche partielle Läsion 15 Monate nach dem Unfall mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeheilt gewesen wäre, zum anderen, weil die Läsion aus oben genannten Gründen als degenerativ anzusehen sei. Die Beschwerdeführerin habe kurz vor dem Unfall die Stelle gewechselt und sei als Leiterin einer berufsfördernden Einrichtung bereits dort beschäftigt gewesen. Durch die Beschwerden und die anfängliche Ruhigstellung des linken Handgelenks über mehrere Wochen habe sicherlich eine Einschränkung bei ihrer Bürotätigkeit bestanden, die Beschwerdeführerin habe sich jedoch nicht krankschreiben lassen und die genannten Einschränkungen in der Hoffnung auf baldige Besserung der Beschwerden in Kauf genommen. Laut ihrer Aussage sei ihre Leistungsfähigkeit nicht relevant gemindert gewesen. Die genannten Einschränkungen seien im Grunde bis zur Operation im September 2015 in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden gewesen. Weitere Therapiemassnahmen seien wegen der vollständigen Beschwerdefreiheit und der ungestörten Hand- und Handgelenksfunktion der Beschwerdeführerin seit der Operation nicht notwendig. 5.17 Dr. med. H.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH und Sportmedizin SSMS, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 (A.S. 71) zum Gerichtsgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.16 hiervor) fest, die Kausalitätsprüfung sei widersprüchlich. Dr. med. G.\_\_\_\_ gehe davon aus, dass der Riss des TFCC als Bestandteil der vorbestehenden, degenerativen Veränderungen im Rahmen des ulnaren Impaktionssyndrom zu betrachten sei; gleichzeitig beurteile er aber, dass die pisotriquetrale Arthrose als unfallkausal anzusehen sei. Dies sei klar widersprüchlich und ermögliche folglich nicht, die Kausalitätsfrage abschliessend zu beurteilen. Nochmals festzuhalten sei folgendes: eine Arthrose könne sich nach einem Trauma entwickeln, jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen. Insbesondere müssten in einem solchen Fall mittels MRI klare intraartikuläre Schäden festgestellt werden können. Im vorliegenden Fall habe man es aber nur mit einem Verdacht auf eine kleine umschriebene Impressionsfraktur zu tun, wobei keine evidenten Knorpelschäden vorlägen. Es bestünden keine objektiven Elemente, welche nachweisen würden, dass die Beschwerdeführerin so schnell eine posttraumatische Arthrose entwickeln würde. Die im November 2014 festgestellten Diagnosen seien somit nur möglicherweise auf den Unfall vom 17. Juni 2014

zurückzuführen. Zudem bestehe eine morphologische Komplikation im Sinne einer Ulna Plusstellung. Diese Ellenverlängerung sei nicht posttraumatisch, bilde jedoch für die Region ulnocarpal eine Stresssituation und könne ursächlich für eine TCFF-Ruptur sein. Die zystischen Veränderungen wiesen auf eine chronische Ursache hin. Dr. med. H.\_\_\_\_ bestätige folglich ohne Vorbehalt den Status quo sine nach zwei Monaten. 6. Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Sachverhalt in diagnostischer Hinsicht im Wesentlichen unbestritten ist und die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis vom Juni 2014 hauptsächlich über Schmerzen im linken Handgelenk klagte, welche im Verlauf der Zeit persistierten. Es ist daher davon auszugehen, dass die übrigen beim Sturzereignis vom 17. Juni 2014 erlittenen Prellungen an der linken Körperseite der Beschwerdeführerin (vgl. V.A. 1) folgenlos abgeheilt sind. Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte ist ferner augenfällig, dass – wie dies Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. November 2015 (vgl. E. II. 5.13 hiervor) darlegte und durch das Gerichtsgutachten bestätigt wird – am linken Handgelenk der Beschwerdeführerin insbesondere zwei Problemkreise bestehen: Zum einen handelt es sich um eine Fraktur am Os pisiforme und zum anderen um ein Ulna-impaktionssyndrom mit einer TFCC-Läsion. Beide Problemkreise wurden mit der Operation vom 4. September 2015 behandelt. 7. Es sind zunächst einige medizinische Begriffe zu klären bzw. darzustellen: 7.1 Die Handwurzel (Carpus) wird aus den acht Handwurzelknochen (Os scaphoideum [Kahnbein], Os lunatum [Mondbein], Os triquetrum [Dreiecksbein], Os pisiforme [Erbsenbein], Os trapezium [Großes Vieleckbein], Os trapezoideum [Kleines Vieleckbein], Os capitatum [Kopfbein] und Os hamatum [Hakenbein]) gebildet, die gelenkig miteinander verbunden sind. Sie liegen in zwei Reihen, zwischen denen sie das distale Handgelenk ausbilden (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Hand>, besucht am 20. Februar 2017). Das der Körpermitte näher gelegene (proximale) Handwurzelgelenk bezeichnet die gelenkige Verbindung zwischen dem der Körpermitte entfernt gelegenen (distalen) Ende der Speiche (Facies articularis carpi radialis) und drei der proximalen Handwurzelknochen (Ossa carpalia), dem Kahnbein (Os scaphoideum), dem Mondbein (Os lunatum) und dem Dreiecksbein (Os triquetrum). Zudem ist die Zwischengelenkscheibe (Discus triangularis) des distalen Speichen-Elle-Gelenkes an der Gelenkbildung beteiligt, die zwischen den Handwurzelknochen und der Elle vermittelt (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Handgelenk>, besucht am 20. Februar 2017). 7.2 Der trianguläre fibrocartilaginäre Komplex (engl.: Triangular fibrocartilage complex, abgekürzt TFCC) ist eine dreieckig geformte, aus Faserknorpel bestehende Zwischengelenkscheibe am Handgelenk, die sowohl die distalen Enden von Elle (Ulna) und Speiche (Radius) fest miteinander verankert, als auch diese mit den Handwurzelknochen (Ossa carpi) verbindet. In seiner Funktion ist der TFCC mit dem Meniskus vergleichbar (vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Triangulärer\\_fibrocartilaginärer\\_Komplex](https://de.wikipedia.org/wiki/Triangulärer_fibrocartilaginärer_Komplex), besucht am 20. Februar 2017). 7.3 Das ulnokarpale Impaktionssyndrom ist ein Anstossen des Ulnaköpfchens (Gelenkkopf der Elle) bei relativ zu langer Ulna gegen den TFCC und den ulnaren Carpus. Besonders der ulnare Aspekt des Os lunatum ist einem erhöhten Druck ausgesetzt. Hieraus resultiert eine Zerstörung des Gelenkknorpels am ulnaren Os lunatum und des dazwischen geschalteten Discus triangularis. Schliesslich kommt es zur Ruptur des Diskus sowie zu degenerativen knöchernen Veränderungen im Bereich der distalen radialseitigen Ulna und des ulnarseitigen proximalen Os lunatum: Erosion des Gelenkknorpels; vermehrte subchondrale Sklerosierung; Zystenbildungen, die besonders im

proximalen ulnarseitigen Os lunatum auftreten, und Knochenmarködeme in diesem Bereich (vgl. Martin Vahlensieck/Maximilian Reiser [Hrsg.]: MRT des Bewegungsapparats, 4. Aufl., 2015, S. 226). 8. Die medizinischen Stellungnahmen, welche bis zum Einspracheentscheid vom 1. Februar 2016 verfasst wurden, beantworteten die Frage unterschiedlich, ob und inwieweit die Operation vom 4. September 2015 aufgrund eines Gesundheitsschadens, der in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 17. Juni 2014 steht, indiziert war. Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D.\_\_\_\_, bejahte in seiner Stellungnahme vom 13. November 2015 (vgl. E. II. 5.13 hiervor) die Unfallkausalität in Bezug auf die Fraktur des Os pisiforme, mass dieser jedoch für die Operationsindikation kaum Relevanz bei. Anlass zur Operation bildete nach seiner Einschätzung in erster Linie ein unfallfremdes ulnares Impaktionssyndrom bei leichtem Ulnavorschub mit hierdurch bedingter degenerativer Perforation des Discus articularis sowie Knorpelschädigung ulnarseits am Os lunatum. Ebenfalls unfallfremd sei der allenfalls vielleicht vorhandene partielle Einriss an der fovealen Insertion des TFCC, der im Rahmen der Operation ebenfalls behandelt wurde. Demgegenüber ging der behandelnde Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.8, 5.12 hiervor) davon aus, die unfallkausale Impressionsfraktur des Os pisiforme habe eine pisotriquetrale Arthrose bewirkt, die somit ebenfalls eine Unfallfolge bilde. Auch die TFCC-Läsion links führte er auf den Unfall zurück. Diese Einschätzung wurde geteilt durch Dr. med. F.\_\_\_\_, den beratenden Arzt der SWICA (vgl. E. II. 5.15 hiervor). Der Widerspruch zwischen den ärztlichen Stellungnahmen liess sich gestützt auf die damals vorliegenden Akten nicht auflösen. Insbesondere nahm Dr. med. D.\_\_\_\_ zur These Dr. med. E.\_\_\_\_s, wegen der Fraktur des Os pisiforme habe sich eine pisotriquetrale Arthrose entwickelt, gar nicht Stellung. Andererseits genügten die Ausführungen des behandelnden Arztes ihrerseits ebenfalls nicht als Grundlage für eine abschliessende Beurteilung. Weiter waren die Akten insofern unvollständig, als die Operation vom 4. September 2015, deren Kosten im Zentrum des Rechtsstreits stehen, in den Unterlagen nicht dokumentiert war. Das Versicherungsgericht zog daher den Operationsbericht bei und gab mit Verfügung vom 5. Oktober 2016 das monodisziplinäre handchirurgische Gutachten bei Dr. med. G.\_\_\_\_ in Auftrag, welches am 30. November 2016 erstattet wurde (vgl. E. II. 5.16 hiervor). 9. Zu prüfen ist nachfolgend, ob das handchirurgische Gerichtsgutachten vom 30. November 2016 (vgl. E. II. 5.16 hiervor) beweiskräftig ist. 9.1 Das von Dr. med. G.\_\_\_\_ am 30. November 2016 erstattete Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.4 hiervor) hinsichtlich seiner Grundlagen gerecht. So fasste der Gutachter zunächst den Inhalt der wesentlichen Vorakten zusammen (A.S. 55), die er sodann mit den Ausführungen unter dem Titel «Zusammenfassung des Verlaufes ab Unfall vom 17. Juni 2014 bis zur Untersuchung durch den Gutachter am 7. November 2016» (A.S. 59 f.) ergänzte. Das Gutachten wurde somit in Kenntnis der Vorakten erstattet. Zudem wurde die Beschwerdeführerin einer Exploration mit einer klinischen Untersuchung der oberen Extremitäten (A.S. 58) unterzogen, womit auch die durch sie geklagten Beschwerden mitberücksichtigt worden sind. Das Gutachten beruht damit auf allseitigen Untersuchungen. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So ist die Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach der Unfallhergang mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einem partiellen oder vollständigen Riss am Ansatz des TFCC führen könne (A.S. 62), aufgrund seiner anschliessenden Begründung nachvollziehbar. Dabei führte er aus, ein solcher Riss werde in aller Regel durch einen Sturz mit vollem Körpergewicht auf die im Handgelenk

überstreckte und nach radial geneigte Hand hervorgerufen. Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin lag ein solcher Ablauf am 17. Juni 2014 nicht vor. So gab sie im Rahmen der Exploration an (A.S. 56), sich am 17. Juni 2014 mit ihren Enkeln in den Ferien in der Toskana befunden zu haben, wo sie auf nassem Steinboden neben dem Swimmingpool mit den nackten Füßen nach vorne ausgerutscht und dann der Länge nach auf den Rücken und die linke Seite sowie auf den Hinterkopf gestürzt sei, dies mit erhobenen Armen, so dass sie sich beim Sturz nicht habe abstützen können. Am Ende habe sie sich beim Herunternehmen der Arme im Liegen die Beugeseite des linken Handgelenks am Metallfuss einer dort stehenden Bank angeschlagen. Gestützt auf diese Beschreibungen zum Unfallhergang kann somit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin am 17. Juni 2014 – wie von Dr. med. G. \_\_\_ ausgeführt – nicht mit vollem Körpergewicht auf die Hand gestürzt ist und daher kein typischer Ablauf für die Entstehung des genannten Risses stattgefunden hat. Weiter hielt der Gerichtsgutachter fest, eine Kombinationsverletzung im Sinne einer Fraktur des Os pisiforme zusammen mit einer Läsion sei ihm aus eigener Erfahrung nicht bekannt und werde auch in der Literatur bisher nicht beschrieben. Er hielt weiter dafür, dass der gemäss dem behandelnden Handchirurgen 15 Monate nach dem Unfall mit einem dünnen Faden genähte kleine Riss des TFCC nicht für eine relevante Instabilität spreche, sondern eher für eine degenerative Veränderung (A.S. 62). Vor diesem Hintergrund ist seine Schlussfolgerung, der erwähnte Riss sei nicht als unfallkausal anzusehen, sondern bilde mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit Bestandteil der vorbestehenden, degenerativen Veränderungen im Rahmen des ulnaren Impaktionssyndroms, plausibel und überzeugend. Seinen Ausführungen, namentlich zum Unfallmechanismus und zum Ausschluss einer Kombination mit der Fraktur des Os pisiforme, lässt sich mit hinreichender Klarheit entnehmen, dass die Unfallkausalität des kleinen Risses des TFCC auch bei einer ex ante-Betrachtung zu verneinen ist. Ergänzende Abklärungen, wie sie die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 9. Januar 2017 (A.S. 72 ff.) beantragen lässt, rechtfertigen sich hierzu nicht. Im Übrigen war die Operation hinsichtlich dieser Verletzung gemäss der gutachterlichen Beurteilung ohnehin nicht indiziert. Der Ulnavorschub und eine davon ausgehende Symptomatik bilden unbestrittenermassen die Folge eines rein degenerativ zu verstehenden Prozesses. Diesbezüglich bestand aus Sicht des Unfalls keine Indikation für eine Operation. Es handle sich aber nach der gutachterlichen Einschätzung lediglich um einen Nebenfund, während die Beschwerden, welche Anlass für den operativen Eingriff vom 4. September 2015 boten, hauptsächlich auf einer anderen Ursache beruhten. Das Gutachten ist auch insoweit schlüssig und beweiskräftig. In Übereinstimmung mit den Vorakten, einschliesslich der Beurteilung des die Beschwerdegegnerin beratenden Arztes Dr. med. D. \_\_\_, ging der Gutachter davon aus, beim Unfall vom 17. Juni 2014 sei es zu einer Fraktur des Os pisiforme gekommen. Eine damit verbundene Symptomatik sei somit eine Folge dieses Unfalls. Abweichend von Dr. med. D. \_\_\_ gelangte der Gerichtsgutachter zum Ergebnis, als Folge der erwähnten Fraktur habe sich eine erhebliche Symptomatik entwickelt. Konkret legte Dr. med. G. \_\_\_ dar, die Impression der dem Os triquetrum gegenüberliegenden Knochenwand sei unter Deformierung dieser Gelenkfläche abgeheilt und im weiteren Verlauf habe sich «in typischer Weise» eine posttraumatische Arthrose des Pisotriquetralgelenks ausgebildet. Der Befund und der weitere, schmerzhafteste Beschwerdeverlauf liessen sich eindeutig dem Unfall zuordnen. Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und leuchten ein. Sie stimmen mit der Interpretation des behandelnden Arztes Dr. med. E. \_\_\_ überein, der ebenfalls davon ausgegangen war, die beim Unfall

erlittene Verletzung habe in der Folge eine pisotriquetrale Arthrose bewirkt. Der die Beschwerdeführerin beratende Arzt Dr. med. D. \_\_\_ bejahte die Unfallkausalität der Fraktur des Os pisiforme ebenfalls ausdrücklich. Er führte aus, falls in diesem Bereich eine Operation notwendig werde, sei diese unfallkausal (vgl. E. II. 5.13 hiervor). Zur bereits damals durch Dr. med. E. \_\_\_ geäußerten Vermutung, durch die Impressionsfraktur des Os pisiforme sei eine pisotriquetrale Arthrose entstanden (vgl. E. II. 5.11 hiervor und die Diagnosen in E. II 5.7 - 5.9 hiervor), äusserte sich Dr. med. D. \_\_\_ nicht. Vor diesem Hintergrund ist der durch die Beschwerdeführerin in der Eingabe vom 20. Dezember 2016 (A.S. 70) erhobene Vorwurf, der Gerichtsgutachter Dr. med. G. \_\_\_ habe sich nicht mit der Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_ auseinandergesetzt, nicht stichhaltig, denn Dr. med. D. \_\_\_ hatte sich zum Auftreten der pisotriquetralen Arthrose und zum Wirkungszusammenhang, den der Gerichtsgutachter – in diesem Punkt ähnlich wie bereits zuvor der behandelnde Arzt Dr. med. E. \_\_\_ – annimmt, gar nicht geäußert. Zur Frage, ob die Operation vom 4. September 2015 wegen einer unfallkausalen Symptomatik indiziert war, lässt sich dem Gerichtsgutachten ebenfalls eine klare Aussage entnehmen. Dr. med. G. \_\_\_ führte aus, die Beschwerden, welche schliesslich zur Operation führten, könnten auch alleine durch die Fraktur des Os pisiforme und vor allem die anschliessende, posttraumatische, pisotriquetrale Arthrose erklärt werden. Ob die vorbestehende ulnare Impaktion mit den dokumentierten degenerativen Veränderungen einen Anteil an den posttraumatischen Beschwerden in welcher Höhe habe, lasse sich nur spekulativ beurteilen. Der Gerichtsgutachter geht somit davon aus, die Operation vom 4. September 2015 sei wegen der von ihm als unfallkausal beurteilten Symptomatik, die er auf den Unfall vom 17. Juni 2014, den dabei erlittenen Bruch des Os pisiforme und eine anschliessend aufgetretene pisotriquetrale Arthrose zurückführt, indiziert gewesen. Die behandelnden Ärzte gehen bei der Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis vom Juni 2014 und trotz Durchführung verschiedenster Therapiemassnahmen von persistierenden Beschwerden an der linken Hand aus (vgl. E. II. 5.1, 5.6 ff. hiervor), welche sich erst nach der Durchführung des operativen Eingriffs am 4. September 2015 besserten. So hielt Dr. med. E. \_\_\_ in seinem Operationsbericht vom 4. September 2015 unter «Indikation» fest, die Beschwerdeführerin leide unter progredienten belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des linken Handgelenks (vgl. E. II. 5.11 hiervor). Anlässlich der durch das Gericht veranlassten Begutachtung beschrieb die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. G. \_\_\_, sie sei unmittelbar nach der Operation nahezu schmerzfrei geworden und habe nach Abheilung der Elle nach Verplattung keinerlei Bewegungseinschränkungen im Handgelenk mehr gehabt. Es seien seither nie mehr Schmerzen aufgetreten, lediglich die Kraft sei auf der linken Seite beim Greifen von schweren Gegenständen noch über circa drei Monate leicht vermindert gewesen (A.S. 57). Gestützt auf diese Ausführungen vermag einzuleuchten, wenn Dr. med. G. \_\_\_ zum einen darlegte, der Status quo ante sei erst nach der im September 2015 durchgeführten Operation erreicht worden, und zum anderen dafürhielt, von weiteren Therapiemassnahmen sei abzusehen (A.S. 64). Das Gerichtsgutachten beantwortet somit die für das vorliegende Verfahren relevanten Fragen schlüssig und nachvollziehbar. Die Vorakten und die darin enthaltenen Stellungnahmen werden in die Beurteilung einbezogen. Soweit der Gerichtsgutachter die Kausalität bejaht, war eine Auseinandersetzung mit entgegenstehenden Beurteilungen weder notwendig noch überhaupt möglich, da sich Dr. med. D. \_\_\_ zu der vom Gutachter bejahten Kausalitätskette gar nicht geäußert hatte. Inhaltlich bestätigt das Gutachten diesbezüglich die These des behandelnden Arztes Dr. med. E. \_\_\_, wonach der Unfall und die dabei erlittene Fraktur des Os pisiforme zu einer

pisotriquetralen Arthrose geführt habe, deren Symptome schliesslich Anlass zur Operation vom 4. September 2015 boten. Überzeugend begründet wird auch die Verneinung der natürlichen Unfallkausalität in Bezug auf die übrigen Aspekte, welche Gegenstand der Operation bildeten.

9.2 Zu prüfen bleibt, ob nach dem Gutachten abgegebene medizinische Stellungnahmen geeignet sind, dessen Ergebnisse zu erschüttern. Infrage kommt einzig die Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2016 (A.S. 71; vgl. E. II. 5.17 hiervor).

9.2.1 Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin führte zunächst aus, es sei widersprüchlich, wenn der Gerichtsgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ den Riss des TFCC als Bestandteil der vorbestehenden, degenerativen Veränderungen im Rahmen des ulnaren Impaktionssyndroms betrachte, aber gleichzeitig die pisotriquetrale Arthrose als unfallkausal ansehe. Warum diese Aussage in sich widersprüchlich sein soll, wird aber nicht erläutert und ist auch nicht einsichtig. Angesichts der anatomischen Verhältnisse (vgl. E. II. 7 hiervor) erscheint es als durchaus plausibel, dass die beiden Beschwerdebilder auf unterschiedlichen Ursachen beruhen können, wie es der Gerichtsgutachter in nachvollziehbarer Weise begründet. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass der die Beschwerdeführerin beratende Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinen beiden Beurteilungen vom 27. August 2015 und 13. November 2015 (vgl. E. II. 5.10 und 5.13) ebenfalls davon ausging, die Fraktur des Os pisiforme sei unfallkausal, der Riss des TFCC dagegen im Rahmen des degenerativen ulnaren Impaktionssyndroms zu interpretieren. Die nunmehrige, gegenteilig lautende Stellungnahme des Vertrauensarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, die jegliche Begründung vermissen lässt, ist vor diesem Hintergrund nicht geeignet, die Ergebnisse des Gerichtsgutachtens zu erschüttern oder infrage zu stellen.

9.2.2 Weiter führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, es sei «nochmals» (?) festzuhalten, dass sich eine Arthrose nur dann nach einem Trauma entwickeln könne, wenn mittels MRI klar intraartikuläre Schäden festgestellt werden könnten, was hier nicht zutrefte. Hier gebe es nur einen Verdacht auf eine kleine umschriebene Impressionsfraktur. Es trifft zu, dass die radiologische Beurteilung der MRT vom 11. Juli 2014 diese Diagnose ergab (vgl. E. II. 5.2 hiervor). Derselbe Radiologe sprach aber aufgrund der am 26. August 2014 durchgeführten CT des linken Handgelenks von einer konsolidierten Impressionsfraktur des Os pisiforme, und dies wurde durch die weiteren bildgebenden Aufnahmen vom 27. November 2014 bestätigt (vgl. E. II. 5.3 und 5.4). Damit ist das Vorliegen dieser Verletzung hinreichend ausgewiesen. Der Gerichtsgutachter hielt fest, die Impressionsfraktur des Os pisiforme sei unter Deformierung der betroffenen Gelenkfläche abgeheilt, und in der Folge habe sich in typischer Weise eine posttraumatische Arthrose des Pisotriquetralgelenks ausgebildet. Dr. med. H.\_\_\_\_ setzte sich mit dieser konkreten Begründung nicht auseinander. Er führte zwar aus, es bestünden keine objektiven Elemente, welche nachweisen würden, dass die Beschwerdeführerin so rasch eine posttraumatische Arthrose entwickeln würde. Er legte aber nicht dar, warum der durch den Gerichtsgutachter beschriebene Wirkungszusammenhang nicht gegeben sein sollte. Auch die Einwände zum zeitlichen Verlauf werden nicht näher substantiiert, so dass unklar bleibt, warum die im MRI vom 27. November 2014, etwas mehr als fünf Monate nach dem Unfall, dargestellte beginnende geringe Arthrose (vgl. E. II. 5.4 hiervor) zu früh aufgetreten sein sollte, um als unfallkausal gelten zu können. Quellen für seine nicht näher konkretisierte These nannte der Vertrauensarzt nicht. Im Übrigen schliesst auch er einen Kausalzusammenhang nicht aus, bezeichnet er doch die Kausalität zwischen dem Unfall vom 17. Juni 2014 und den im November 2014 gestellten Diagnosen (also insbesondere der damals festgestellten beginnenden geringen Arthrose, vgl. E. II. 5.4 hiervor) als möglich (vgl. E. II. 5.17 hiervor).

Wird weiter berücksichtigt, dass Dr. med. H.\_\_\_\_ als Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie und Sportmedizin zwar mit Fragestellungen der Unfallkausalität vertraut ist, aber für die besonderen Probleme bei Handverletzungen nicht über eine gleichermassen spezialisierte Ausbildung verfügt wie der Handchirurg Dr. med. G.\_\_\_\_, bildet die Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) keinen Anlass, an den Ergebnissen des Gerichtsgutachtens zu zweifeln und ergänzende Abklärungen zu treffen.

9.2.3 Zusammenfassend liegen auch unter Berücksichtigung der nach dem Gerichtsgutachten eingegangenen ärztlichen Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_ keine zwingenden Gründe vor, um von dessen Ergebnissen und Schlussfolgerungen abzuweichen. Ebenso wenig besteht Anlass zu ergänzenden Abklärungen. Es kann vollumfänglich auf das Gerichtsgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ abgestellt werden. Demnach kam es beim Unfall vom 17. Juni 2014 zu einer Impressionsfraktur des Os pisiforme. Diese führte in der Folge zur Entwicklung einer (somit ebenfalls unfallkausalen) pisotriquetralen Arthrose. Die dadurch hervorgerufenen Beschwerden begründeten die Indikation für die Operation, welche am 4. September 2015 stattfand. Die weiteren gesundheitlichen Schädigungen, welche im Rahmen dieser Operation behandelt wurden, sind unfallfremd. Grundsätzlich war die unfallkausale pisotriquetrale Arthrose für sich alleine geeignet, die aufgetretenen Beschwerden zu erklären, während unklar ist, ob der vorbestehende degenerative Gesundheitsschaden ebenfalls einen Anteil an diesen Beschwerden hatte.

9.2.4 Gestützt auf die auch insoweit beweiskräftigen Ausführungen des Gutachters (A.S. 63) ist davon auszugehen, dass die nach dem 17. August 2014 durchgeführten Massnahmen zur Verbesserung der posttraumatisch vorhandenen Beschwerden indiziert waren und auch ohne die vorbestehende, degenerative Veränderung mit Ulna-Impaktion in dieser Weise durchgeführt worden wären. Die Operation vom 4. September 2015 bewirkte gemäss den gutachterlichen Feststellungen eine Arbeitsunfähigkeit von einer Woche. Danach war der Status quo ante erreicht. Vor der Operation bestand keine Arbeitsunfähigkeit, die sich erwerblich ausgewirkt hätte.

### **E. 3**

Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 13. April 2016 (A.S. 20 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids vom 1. Februar 2016. 4. Die Parteien halten mit Replik vom 18. April 2016 (A.S. 24 ff.) bzw. Duplik vom 11. Mai 2016 (A.S. 31 f.) an ihren jeweiligen Rechtsbegehren fest. 5. Die Eingabe des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 18. Mai 2016 sowie die gleichzeitig eingereichte Kostennote (A.S. 34 ff.) werden der Beschwerdegegnerin am 19. Mai 2016 (A.S. 37) zur Kenntnisnahme zugestellt. 6. Mit Verfügung vom 14. September 2016 (A.S. 38 f.) wird den Parteien mitgeteilt, es werde zur Streitfrage, ob die Beschwerdeführerin ab 17. August 2014 weiterhin Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin habe, ein Gerichtsgutachten eingeholt. Es sei beabsichtigt, mit der Begutachtung Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie und Leitender Arzt Handchirurgie, [...], zu beauftragen. Zudem wird den Parteien der Fragenkatalog präsentiert und Gelegenheit gegeben, sich zu den Fragen und zum vorgeschlagenen Gutachter zu äussern. Ausserdem wird der noch ausstehende Operationsbericht vom 4. September 2015 einverlangt. 6.1 Beide Parteien

lassen sich am 28. September 2016 vernehmen (A.S. 41 ff., 46 f.), wobei die Beschwerdeführerin zugleich den vom 4. September 2015 datierenden Operationsbericht einreicht. 6.2 Mit Verfügung vom 5. Oktober 2016 (A.S. 48 f.) passt der Präsident des Versicherungsgerichts den gerichtlichen Fragenkatalog gemäss den Anträgen der Beschwerdeführerin betreffend die Fragen 2 und 4 an und weist sowohl die Anträge der Beschwerdeführerin zur Frage 3 als auch jene der Beschwerdegegnerin ab. Mit der Begutachtung wird Dr. med. G.\_\_\_\_ beauftragt. 6.3 Zu dem vom 30. November 2016 (A.S. 53 ff.) datierenden Gerichtsgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ lassen sich die Parteien am 20. Dezember 2016 (A.S. 70) bzw. 9. Januar 2017 vernehmen (A.S. 72 ff.), wobei die Beschwerdegegnerin zudem eine Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin, vom 20. Dezember 2016 (A.S. 71) einreicht.

## **E. 7**

7.1 Mit Verfügung vom 3. Februar 2017 (A.S. 75 f.) werden die Parteien eingeladen anzugeben, ob die umstrittenen Leistungen gesamthaft den Betrag von CHF 30'000.00 übersteigen oder nicht, bzw. ob aus anderen Gründen von einem höheren Streitwert auszugehen sei. 7.2 Beide Parteien halten mit Eingaben vom 14. bzw. 15. Februar 2017 (A.S. 79, 80 ff.) dafür, der Streitwert liege nicht über CHF 30'000.00. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 15. Februar 2017 ferner seine aktualisierte Kostennote ein (A.S. 82 ff.), die mit Verfügung vom 16. Februar 2017 (A.S. 85) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht. 8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Gemäss § 54 bis Abs. 1 lit. a Gesetz über die Gerichtsorganisation (GO, BGS 125.12) entscheidet der Präsident des Versicherungsgerichts als Einzelrichter über Streitigkeiten in Sozialversicherungssachen mit einem Streitwert bis höchstens CHF 30'000.00. Gemäss den Ausführungen der Parteien in ihren Eingaben vom 14./15. Februar 2017 (vgl. E. I. 7.2 hiervor) liegt der Streitwert in vorliegendem Verfahren unter der Grenze von CHF 30'000.00. Die Sache fällt demnach in die einzelrichterliche Zuständigkeit. 2. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad

der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 2.2 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 Erfolges 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

## **E. 10**

10.1 Aus den vorstehenden Feststellungen wird deutlich, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu früh eingestellt hat. Als für den Unfall vom 17. Juni 2014 zuständiger obligatorischer Unfallversicherer hat sie Heilbehandlungsleistungen im Sinne von Art. 10 UVG bis zur Operation vom 4. September 2015 zu erbringen. Die Kosten der Operation selbst hat sie grundsätzlich ebenfalls zu übernehmen. Im Rahmen der Operation wurden allerdings auch gesundheitliche Beeinträchtigungen behandelt, für welche der Unfall vom 17. Juni 2014 nicht ■ auch nicht im Sinne einer Teilursache ■ ursächlich war, sondern welche eine Folge des Ulna-Impaktionssyndroms bildeten. Es betrifft dies die Ellenverkürzungsosteotomie links und die TFCC-Refixation links (vgl. Operationsbericht vom 4. September 2015, A.S. 44 f.). Weil es sich, obwohl der gleiche Körperteil betroffen ist, um zwei klar abgrenzbare Schädigungen handelt, greift Art. 36 Abs. 1 UVG nicht und die Beschwerdegegnerin ist berechtigt, ihre Leistung um den nicht unfallbedingten Anteil zu kürzen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 427/05 vom 21. September 2006 E. 2.3.5). Aufgrund der Ergebnisse des Gerichtsgutachtens ist jedoch davon auszugehen, dass die Operation als solche wegen der unfallkausalen Befunde notwendig wurde. Die Kosten der Operation gehen also in dem Umfang zu Lasten der Beschwerdegegnerin, als sie auch angefallen wären, wenn einzig die unfallkausale Vorkehr (Resektion Os pisiforme links) durchgeführt worden wäre. Eine Kürzung ist einzig für die durch die weiteren Massnahmen entstandenen zusätzlichen Kosten zulässig, nicht dagegen für die Kosten, welche für dieselbe Operation ohne die Ellenverkürzungsosteotomie und die TFCC-Refixation angefallen wären.

10.2 Da die Operation wegen der Unfallfolgen indiziert war, hat die Beschwerdeführerin auch Anspruch auf Taggelder der Beschwerdegegnerin für die mit dem operativen Eingriff zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit. Diese dauerte gemäss den gutachterlichen Feststellungen eine Woche.

11. Zusammenfassend ist die Beschwerde im Grundsatz gutzuheissen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 1. Februar 2016 ist aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin hat für die ärztliche Behandlung der Beschwerden am linken Handgelenk bis einschliesslich der Operation vom 4. September 2015 aufzukommen. Der Zeitpunkt für die Einstellung der Leistungen ist mit dem Ende der nach der Operation bestehenden, einwöchigen Arbeitsunfähigkeit erreicht. Bezüglich der Kosten der Operation selbst ist (nur) insoweit ein Abzug zulässig, als diese wegen der zusätzlichen Massnahmen (Ellenverkürzungsosteotomie links, TFCC-Fixation links) höher ausgefallen sind, als wenn der Eingriff auf die Resektion des Os pisiforme beschränkt worden wäre. Die Sache ist zur

Ausscheidung dieser Kosten und entsprechenden Berechnung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

13. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 1. Februar 2016 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat über den 14. August 2014 hinaus Anspruch auf Heilbehandlung bis einschliesslich die Operation vom 4. September 2015 sowie auf Taggelder für die daran anschliessende Arbeitsunfähigkeit von einer Woche. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie den Umfang ihrer Kostentragung für die Operation vom 4. September 2015 im Sinne der Erwägungen festlege und darüber neu entscheide.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 4'346.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. G. \_\_\_\_ vom 30. November 2016 von CHF 3'500.00 zu bezahlen.

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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