

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00313 vom 30. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2010.00313](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00313)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00313 du 30 janvier 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00313 del 30 gennaio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüften bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 125 V 414 Erw. 1a mit Hinweisen). Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches - im Rahmen des durch die Verfügung bestimmten Anfechtungsgegenstandes - den auf Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 mit Hinweis).

1.2. Streitgegenstand des vorinstanzlichen Verfügungs- bzw. Einspracheverfahrens bildete die Frage, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen hat. Diese Frage bildet denn auch Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Insoweit der Beschwerdeführer Leistungen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % beantragt, ist darauf nicht einzutreten.

### E. 2

2.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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

beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

2.3 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 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

2.4 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsärger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsärger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3. Aus den wesentlichen medizinischen Akten zum Heilverlauf ist Folgendes zu entnehmen:

3.1 In der von Dr. med. C. \_\_\_\_, Leitender Arzt Unfallchirurgie am E. \_\_\_\_, verfassten Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 17. Dezember 2007 (Urk. 14/M12/1) wurde ein Handrückenabszess rechts bei Status nach Menschenbissverletzung und Primärnaht vom 8. Dezember 2007 diagnostiziert. Es seien am 10. Dezember 2007

eine Abszessexzision, Wundrevision Handrücken rechts ulnar und eine Antibiotikatherapie vorgenommen und die Hand sei mittels Handgelenksmanschette ruhig gestellt worden.

3.2 Am 21. Dezember 2007 berichtete Dr. C. dem Hausarzt des Beschwerdeführers (Urk. 14/M26/10), es liege ein wenig restgeschwollener Handrücken rechts mit reizloser Narbe, welche vollständig verschlossen sei, vor. Die Fäden seien entfernt worden, es beständen keine Druckdolenzen. Wackelbewegungen seien mit den Langfingern problemlos möglich, bei forcierter Bewegung gebe der Beschwerdeführer wenig Schmerzen im Bereich der Strecksehnscheiden dorsal an. Im ehemaligen Wundbereich sei eine minimale Restriktion zu beobachten. Bei unauffälligem Verlauf werde der Beschwerdeführer die Hand zunehmend wieder einsetzen können.

3.3 Im Bericht vom 21. Januar 2008 an den Hausarzt (Urk. 14/M26/8) diagnostizierte Dr. C. einen beginnenden Morbus Sudeck CRPS Stadium I Hand rechts bei Status nach Handrückenabszess rechts. Die Hand rechts sei gegenüber der Hand links leicht kahl mit leicht glänzender Haut. Wackelbewegungen in den Fingergelenken seien möglich, die Sperrdistanz Dig II, III und IV betrage 6 cm. Die Wackelbewegungen im Handgelenk seien stark schmerzhaft mit Ausstrahlungen Richtung dorsal, vor allem palmar. Es bestehe keine Berührungsempfindlichkeit, und es seien bei der Untersuchung keine Schmerzen angegeben worden. Bei Tätigkeiten mit den Langfingern entstehe eine leichte, livide Verfärbung der Finger.

3.4 Dr. med. F., leitender Facharzt FMH für Neurologie am E. beurteilte die Situation im Bericht vom 4. März 2008 an Dr. C. (Urk. 14/M10) dahingehend, dass der Beschwerdeführer anamnestisch über Kribbelparästhesien in den Fingern I bis III rechts berichte, was zusammen mit den nächtlichen Armschmerzen zu einem Karpaltunnelsyndrom (CTS) passen würde.

3.5 Im Bericht vom 23. Mai 2008 (Urk. 14/M8) stellte Dr. C. erstmals die Diagnose einer Rotatorenmanschettenläsion Schulter rechts mit MR-tomographisch partieller Supraspinatusruptur und Ansatzdendinose. Der Beschwerdeführer habe zum ersten Mal erzählt, dass er am ersten postoperativen Tag gestürzt sei und mit dem rechten Ellenbogen aufgeschlagen habe. Dabei habe er einen stechenden Riss in der rechten Schulter verspürt. Unter den folgenden Schmerzmitteln sei er beschwerdearm gewesen, jetzt traten diese Schmerzen aber immer stärker in den Vordergrund und behinderten ihn erheblich. Wegen der in den letzten Tagen vor allem auch nachts sehr stark störenden Schmerzen habe am 19. Mai 2008 eine beschleunigte Infiltration der rechten Schulter veranlasst werden müssen, was eine rasche Besserung, in der ersten Nacht eine fast vollständige Beschwerdefreiheit, gebracht habe. Von Seiten der Hand habe sich eine weitere Verbesserung der Finger III bis V eingestellt. Hauptproblem an der Hand sei zurzeit Dig II, der eine massive Bewegungseinschränkung erfahren habe und vermehrt auch Schmerzen im DIP, ähnlich einer arthrotischen Veränderung.

3.6 Dr. med. G., Leitender Arzt in der Klinik für Orthopädische Chirurgie am E., diagnostizierte im Bericht vom 29. Mai 2008 (Urk. 14/M15) einen Verdacht auf Capsulitis Schulter rechts dominant. Der Beschwerdeführer zeige eine posttraumatische Capsulitis, welche allerdings wenig vernarbt sei. Dies erkläre die relativ geringe funktionelle Einschränkung der Schulter. Auch das positive Ansprechen auf die

Infiltration spreche für die Diagnose einer Capsulitis.

3.7 Dr. C. \_\_\_ berichtete am 29. September 2008 (Urk. 14/M13/5) darüber, dass der Beschwerdeführer nach wie vor unter erheblichen Restbeschwerden des CRPS an der Hand rechts leide. Vor allem Daumen und Zeigefinger seien extrem berührungsempfindlich. Die rechte Hand zeige sich im Vergleich zu den Vorbefunden in etwa unverändert.

3.8 Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, beratender Traumatologe der Beschwerdegegnerin, erachtete in der Stellungnahme vom 7. Januar 2009 (Urk. 14/M14) den Zusammenhang zwischen Schulterverletzung und dem angeblichen Sturz während der Hospitalisation als fraglich. Es sei in dieser Altersgruppierung anzunehmen, dass gewisse degenerative Veränderungen vorlägen. Dafür spreche auch die eher bursale Schädigung der Supraspinatussehne. Eine traumatische Genese würde eher zu einer artikularseitigen Schädigung führen. Die Handbeschwerden seien als praktisch sicher in einem natürlichen direkten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis zu erachten. Es könne mit praktischer Sicherheit im Moment nicht von einem Status quo ante bzw. sine im Handbereich gesprochen werden, obwohl dies aus den Akten nicht eindeutig beurteilt werden könne. Inwieweit eine Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei, könne aus den Akten auch nicht eindeutig geschlossen werden, die zuletzt attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Verkäufer/Inhaber im eigenen Herrenmodegeschäft erscheine an sich nachvollziehbar. Unter Umständen sei eine leichte Erholung der Arbeitsfähigkeit zu diskutieren, wobei hier auf die Beurteilung der Spezialisten in Winterthur abgestellt werden sollte.

3.9 Im Gutachten der I. \_\_\_ vom 23. Oktober 2009 wurde Folgendes diagnostiziert (Urk. 14/M22 S. 32):

"Diagnosen aus dem handchirurgischen Fachgebiet:

■ Status nach Menschenbissverletzung dorso-ulnarer Handrücken rechts (dominant) vom 08.12.2007 mit/bei:

- St.n. Primärnaht am 08.12.2007
- St.n. Abszess-Exzision und Wundrevision am 10.12.07
- St.n. postoperativem CRPS Typ I Hand rechts

■ Heberden-Arthrose mit spontaner Ankylose/Fusion D2 rechts und beginnender Heberden-Arthrose D2 links

■ Dupuytren'sche Kontraktur Strahl IV rechts und Strahl V links

- St.n. Strangentfernung Strahl V links 2/2009 (E. \_\_\_)

Diagnosen aus dem schulterorthopädischen Fachgebiet:

■ Myofasziales Schmerzsyndrom der rechten Schulter

Diagnosen aus dem schmerzmedizinischen/psychiatrischen Fachgebiet

■ Mittelschwere (allenfalls schwere) depressive Störung (chronische bzw. rezidivierende Depression)".

Es finden sich in der handchirurgischen Untersuchung aktuell eine auffallende persistierende Schwellung und eine auffallende Färbung des

Zeigefingerstrahls dorsal und teilweise auch gegenseitig. Der Daumen wie auch die Strahlen III, IV und V seien unauffällig, und auch der Handrücken stelle sich unauffällig dar. Aktuell finden sich keine Hinweise für ein persistierendes CRPS. Auffallend sei eine erhebliche Berührungsempfindlichkeit des Zeigefingerstrahls und teilweise auch des ulnarseitigen Daumens. Die ehemalige Biss-Stelle sei reizlos verheilt und die Finger III, IV und V könnten eigentlich problemlos und kräftig eingesetzt werden (weitgehend gleichseitiger Faustschluss).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Radiologisch, in der funktionellen Durchleuchtung und Zusatzdiagnostik finde sich eine vollständige und spontane Fusion des Endgelenks D2 rechts im Sinne einer spontanen Ankylose. Ein Gelenkspalt sei hier nicht mehr erkennbar und lasse somit die Beschwerden wie auch die persistierende Schwellung erklären. Am Handgelenk finde sich bei freier Beweglichkeit lediglich eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit. Bei radiologisch unauffälligem Befund könne diese einer nicht eigentlichen Pathologie zugeordnet werden. Zusätzlich finde sich eine Dupuytren'sche Strangbildung des 4. Strahles rechts, die bereits vor dem Unfall vorhanden gewesen sei und bis heute nicht zu einer funktionellen Einschränkung geführt habe, trotz bestehender leichter Beugekontraktur in den Grundgelenken III bis V.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom handchirurgischen Standpunkt aus sei eindeutig, dass es im Rahmen der Bissverletzung zu einem nicht unerwarteten Infekt mit Abszessbildung am dorsalen ulnaren Handrücken gekommen sei. Dieser sei mit der durchgeführten operativen Inzision korrekt behandelt worden und sei im weiteren Verlauf postoperativ auch vollumfänglich abgeheilt. Aktuell finde sich ein unauffälliger Befund der betroffenen Bissregion mit problemlos einsetzbaren Fingergelenken III bis V rechts. Allerdings sei es im postoperativen Verlauf zu einer Sudeck'schen Dystrophie (CRPS Typ I) gekommen, die die Beschwerdesituation vorübergehend erheblich erschwert habe. Zusätzlich falle eine Schwellung des Zeigefingerstrahls mit zunehmender Einsteifung und heute radiologisch dokumentierter spontaner vollständiger Ankylose des Gelenks auf. Diese spontanen Fusionen im Rahmen der Heberdenarthrose könnten teilweise sehr rasch mit einem erheblichen inflammatorischen Prozess ablaufen und eine erhebliche Schmerz- und Schwellensituation verursachen. Unklar blieben die Beschwerden im Handgelenk, die wahrscheinlich eher im Sinne einer funktionellen Überlastung bei persistierenden Beschwerden am Zeigefinger bzw. Daumen zu erklären seien.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerden der rechten Schulter seien echtzeitlich nicht dokumentiert (das heiße, nicht zum Zeitpunkt als deren Entstehung angegeben werde). Auch aktuell seien in der rechten Schulter keine Befunde zu erheben, welche auf den Unfall vom 8. Dezember 2007 zurückzuführen seien. Hinsichtlich der rechten Schulter liege die Schmerzauslösung nicht in einer einzigen Ursache, sondern gründeten in diesem Fall auf dem Zusammentreffen unterschiedlicher Einflüsse. Das erwähnte unfallähnliche Ereignis während der Hospitalisation im E. \_\_\_ trage möglicherweise zum Beschwerdebild bei, wobei wie oben erwähnt auch eine zusätzliche Komponente dazu beitrage, nämlich die Fehlhaltung resp. Fehlbelastung, resultierend aus den sich ergebenden Einschränkungen bezüglich der rechten Hand. Eine daraus resultierende Fehlbelastung der gesamten rechten oberen Extremität trage zum klinisch beschriebenen Beschwerdebild bei mit typischerweise vom Beschwerdeführer angegebenen Muskelschmerzen mit Ausstrahlung in den Oberarm, Vorderarm und zur rechten Hand sowie umgekehrt. Durch die resultierende Fehlhaltung/Fehlbelastung könnten

Triggerpunkte aktiviert werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus schmerzmedizinischer Sicht seien die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden gut nachvollziehbar und glaubhaft angegeben. Aus psychiatrisch/psychosomatischer Sicht bestehe eine deutliche depressive Störung (mindestens eine mittelschwere depressive Episode, wahrscheinlich eine rezidivierende, das heisst chronische Depression), welche sich gemäss verfügbaren Informationen primär auf anamnestische Angaben des Beschwerdeführers bezögen. Angaben zur Entwicklung der depressiven Störung fänden sich in den zugestellten Akten nicht, obwohl bereits beim Austritt aus dem E. \_\_\_ neben der sonstigen verordneten Medikation auch Citalopram (ein Antidepressivum) eingesetzt worden sei. Aktuell seien die Symptome einer mindestens mittelschweren Depression unverkennbar, und es bestehe gemäss aktuellen subjektiven Angaben auch ein erheblicher Leidensdruck. Eine depressive Störung habe sich gemäss anamnestischen Angaben am ehesten nach der Handverletzung manifestiert (zumindest beständen keine anders tñnden Informationen in der zugestellten Dokumentation), wobei es den Eindruck mache, dass es sich vorerst möglicherweise um eine Reaktion auf Verletzung bzw. deren Folgen (Schmerzen, insbesondere im Zusammenhang mit CRPS I, Abnahme der Funktionsfähigkeit) gehandelt habe. Gleichwohl sei auf eine unverkennbare Häufung von psychischen Störungen innerhalb der Familie des Beschwerdeführers hinzuweisen, womit ein erheblicher hereditärer Anteil der depressiven Störung angenommen werden müsse.

3.10 Ä Ä Dr. med. J. \_\_\_, Spezialarzt FMH Chirurgie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, beurteilte die Situation im Schreiben vom 15. Juni 2010 (Urk. 14/M24) folgendermassen: Der Beschwerdeführer sei anlässlich der Begutachtung in der I. \_\_\_ aus handchirurgischer Sicht sehr exakt beurteilt worden. Es fänden sich keine trophischen Störungen, die das Weiterbestehen eines CRPS III, wie dies Dr. C. \_\_\_ im Schreiben vom 3. März 2010 behauptete, belegten. Die primär infizierte Wunde sei folgenlos abgeheilt. Im Vordergrund ständen Beschwerden von Seiten des Daumens und des Zeigefingers der rechten Hand, wobei diese Beschwerden ganz eindeutig in Zusammenhang mit einer sich progredient entwickelnden Heberden- bzw. Bouchard-Arthrose erklärten liessen. Radiologisch praktisch identische Veränderungen fänden sich auch an der unverletzten linken Hand. Solche Arthrosen könnten zu ganz erheblichen Beschwerden führen und müssten keineswegs simultan an beiden Händen auftreten. Es handle sich bei den Schmerzen an der rechten Hand weder aus subjektiver noch objektiver Sicht um ein Schmerzsyndrom neuropathischer Art, wie es für ein CRPS typisch wäre. Es sei davon auszugehen, dass das CRPS spätestens nach der Abheilung ca. ein halbes Jahr vor der Begutachtung keine Unfallfolge mehr sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es sei möglich, dass es im Dezember 2007 zu einer Kontusion/Distorsion des rechten Schultergelenkes gekommen sei. Es zeigten sich bildgebend weder klinisch noch ultrasonographisch strukturelle Schädigungen, die in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall zu stellen wären. Sowohl in der rechten Supraspinatussehne als auch auf der linken Seite fänden sich Verkalkungen. Eine Ruptur des Sehngewebes lasse sich nicht nachweisen. Beidseits fänden sich AC-Gelenksarthrosen. Zusammengefasst handle es sich hier um typische Veränderungen degenerativer Art, wie sie im Alter über 45 Jahren eher häufig angetroffen würden, ohne dass ein Unfallereignis vorangegangen sei. Beim Fehlen struktureller, unfallkausaler

SchÄrädigungen und dem Vorliegen beidseitiger identischer degenerativer VerÄrÄnderungen an den Schultergelenken handle es sich mit weit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit um ein krankhaftes Geschehen.

3.11Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 3. MÄrztz 2010 (Urk. 3/2) legte Dr. C.\_\_\_\_ dar, dass er auch der Meinung sei, der BeschwerdefÄ¼hrer habe ein CRPS durchgemacht und auch einen Grad II und mittlerweile einen leichten Grad III erlitten. Grad II entspreche dem dystrophen Stadium mit diffuser werdenden Schmerzen, KnochenverÄrÄnderungen und teilweise Muskelschwund. Diese Symptome seien mÄrÄssig ausgeprÄrÄgt gewesen. Im Grad III, dem atrophen Stadium, finde sich eine leichte Gewebeatrophie, die beim BeschwerdefÄ¼hrer ebenfalls sichtbar werde, und eine Generalisierung der Beschwerden. Somit sei das CRPS Grad I ein Durchgangsstadium gewesen, mittlerweile liege eine Art Grad III vor, der sicher auch im Zusammenhang mit anderen VerÄrÄnderungen wie im Gutachten beschrieben stehe. Es sei eine VerÄrÄnderung der rechten Hand eingetreten, die offensichtlich durch die Verletzung, respektive die langandauernde komplikationsbehaftete Nachbehandlung eingetreten sei, die nicht einem natÄ¼rlichen Prozess entspreche.

3.12Ä Ä Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte im handchirurgischen Gutachten vom 1. November 2010 (Urk. 8/5) (1) einen Status nach Menschenbissverletzung dorsoulnarer HandrÄ¼cken rechts vom 8.12.07 bei PrimÄrÄrnaht am 8. 12.07, Abszessentlastung, WunddÄrÄbridement und Drainage am 10.12.07 und einem postoperativen CRPS Misch-Typ I/II Hand rechts mit Residualbeschwerden am Daumen und Zeigefinger, (2) eine Fingerpolyarthrose beidseits bei Heberden-Arthrosen Dig II bis V beidseits mit ausgeprÄrÄgtem Gelenkverschleiss DIP II und V links, DIP V rechts und vollstÄrÄndiger spontaner Ankylose DIP II rechts und Bouchard-Arthrosen PIP II bis V beidseits, (3) eine Dypuytren Kontraktur Palma manus und digital PIP Gelenk Dig IV rechts, (4) einen Status nach partieller Fasziektomie Palma manus Morbus Dypuytren V Strahl links Februar 2009 und (5) einen Status nach Carpaltunnelsplaltung bei fraglichem Carpaltunnelsyndrom rechts am 6.7.10.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bereich der rechten Hand klage der BeschwerdefÄ¼hrer Ä¼ber chronisch persistierende Schmerzen, welche hauptsÄrÄchlich den Daumen- und Zeigefingerstrahl betrÄrÄfen. Die Schmerzen trÄrÄten sowohl in Ruhe wie auch unter Belastungen auf. Sie seien vom brennendem neurogenen Charakter und betrÄrÄfen hauptsÄrÄchlich den Zeigefinger und den Daumen ulnarseits bis zur hÄrÄrftigen Daumenpulpa. Sie seien hauptsÄrÄchlich im Dermatome des N. medianus-Stammnerven lokalisiert, wobei der radiale Daumenanteil sowie der Mittel- und Ringfinger gÄrÄnzlich ausgespart seien. Die brennenden hyperpathischen, allodynischen Beschwerden am Zeigefinger- und Daumenstrahl seien bei der klinisch residuellen dystrophen StÄrÄrzung auf HÄrÄrthe des Zeigefingermittel- sowie -endglieds sehr wahrscheinlich als posttraumatisches Residuum im Rahmen der CRPS-Erkrankung zu werten. ÄrÄrlicherweise sei das CRPS Typ II, wie es nach Verletzungen von Nerven auftreten kÄrÄnne, mit Schmerzen vom allodynischen Typ vergesellschaftet. Gegebenenfalls handle es sich hier um einen Mischtyp I/II. Bis auf den rechten Zeigefinger kÄrÄrnten an den Nachbarfingern sowie im Bereich des Daumenstrahls keine dystrophen oder atrophen VerÄrÄnderungen diagnostiziert werden. Die atrophen VerÄrÄnderungen der Haut und Subcutis am Zeigefingermittel- und Endglied seien einem durchgemachten CRPS-Stadium III entsprechend. Nebenbefundlich zeige sich eine ausgeprÄrÄgte Fingerpolyarthrose beidseits im Sinne von Heberden- und Bouchard-Arthrosen, welche sich mit frÄrÄhmorgendlichen Anlaufschmerzen bemerkbar machten. Neurogene brennende Schmerzen verursache die Arthrose typischerweise nicht.

Hauptsächlich im Bereich des DIP-Gelenks beidseits sei eine schwergradige Gelenkdestruktion vorliegend. Am DIP-Gelenk Dig II rechts sei bereits eine spontane Ankylosierung in 20° Flexionsstellung aufgetreten. Eine spontan eingetretene Ankylose eines Gelenks verursache aus biomechanischen Gründen üblicherweise keine Schmerzen. Dieses Phänomen sei seit Jahrzehnten bekannt und werde vom Chirurgen als Behandlungsmethode ausgenutzt. Die handchirurgische Behandlungsmethode (golden standard) einer Arthrose der DIP-Gelenke sei auch heute noch die definitive Arthrodese, was analog zur spontan eingetretenen Ankylose erfahrungsgemäss gänzlich zur Beschwerdefreiheit führe. Das Prinzip sei einfach: Durch die Versteifung der degenerativ veränderten Gelenke falle das mechanische Reiben der entknorpelten Gelenkspartner weg, was zu Beschwerdefreiheit führe.

Im Bereich des DIP-Gelenks Dig II links sei eine Arthrose mit ausgeprägter dorsaler osteophytärer Ausziehung bei weitgehendem Kollaps des Gelenksspalts erkennbar, was bei noch nicht eingetretener Ankylose aufgrund des Knochen-Knochen-Reibens eher langfristig zu erwarten sei. Die neurogenen brennenden Schmerzen am Zeigefinger und Daumen (keine degenerativen Veränderungen) rechts könnten aus den erwähnten Gründen nicht der Fingerpolyarthrose angelastet werden. Hingegen seien die frühmorgendlichen Anlaufschmerzen typisch für eine Fingerpolyarthrose.

Das allodynsche Schmerzsyndrom von Daumen und Zeigefinger sei überwiegend wahrscheinlich als Residuum der Bissverletzung mit Infektfolge und CRPS-Erkrankung zurückzuführen. Möglicherweise sei es durch die CRPS-Entwicklung zu einem Fortschreiten der DIP-Gelenksarthrose mit schlussendlich Ankylosierung am rechten Zeigefinger gekommen. Der rechte Daumen zeige keine degenerativen Gelenksveränderungen. Das linke Zeigefingerendgelenk zeige deutliche Anzeichen einer zunehmenden Arthrose mit Tendenz zu Ankylose, welche jedoch völlig schmerzfrei sei. Das postulierte Carpaltunnelsyndrom dürfte für das allodynsche Schmerzsyndrom nicht mitverantwortlich sein, was der bisher ausbleibende Erfolg nach Carpaltunnelspaltung Anfang Juli 2010 bestärke.

#### E. 4

4.1 Bezüglich der Beschwerden in der rechten Hand des Beschwerdeführers sind die Ärzte und Gutachter einhellig der Meinung, dass es im Rahmen der Bissverletzung zu einem Infekt mit Abszessbildung am dorsalen ulnaren Handrücken gekommen ist. Dieser ist im weiteren Verlauf vollständig abgeheilt, und es findet sich ein unauffälliger Befund der betroffenen Bissregion mit problemlos einsetzbaren Fingergelenken II bis V rechts. Allerdings ist es im postoperativen Verlauf zu einem CRPS Typ I gekommen. Die Gutachter der I. gehen davon aus, dass das CRPS die Beschwerdesituation nur vorübergehend erheblich erschwert habe, im Zeitpunkt der Begutachtung indessen abgeheilt gewesen sei. Sie stellen sich auf den Standpunkt, dass die glaubhaft und gut nachvollziehbaren Beschwerden auf eine Heberdenarthrose des Zeigefingerstrahls mit vollständiger Ankylose des Endgelenks zurückzuführen sei (Erw. 3.9). Diese Einschätzung wird von Dr. J. in seinem Aktengutachten gestützt (Erw. 3.10). Dr. D. ist dagegen der Ansicht, dass es sich bei den Beschwerden um ein allodynsches Schmerzsyndrom handelt, welches überwiegend wahrscheinlich als Residuum der Bissverletzung mit Infektfolge und CRPS-Erkrankung zurückzuführen ist (Erw. 3.12). Auch der behandelnde Arzt Dr. C. hält dafür, dass ein Grossteil der

Veränderungen an der rechten Hand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen der Verletzung und der darauf eingetretenen Infektion zuzuschreiben sind (Erw. 3.11).

4.2 Während Dr. C. im Bericht vom 29. September 2008 (Erw. 3.7) noch eine leicht glänzende Haut der rechten Langfinger gegenüber links und deutlich trockenere Hautverhältnisse rechts gegenüber links festgehalten hatte, fanden die Gutachter der I. (Erw. 3.9) zwei Jahre später am Zeigefinger eine leichtgradige Schwellung vom PIP-Gelenk bis zur Fingerspitze, wo auch die Hautfaltung vollumfänglich aufgehoben war. Eine überwärmung, aber auch eine vermehrte Schweissneigung konnten sie im Bereich der ganzen Hand nicht finden. Dafür fanden sie radiologisch eine spontane Fusion des Endgelenks des Zeigefingers rechts im Sinne einer spontanen Ankylose. Ein Gelenksspalt war nicht mehr erkennbar. Die im Gutachten von Dr. D. aufgeführten Befunde (Erw. 3.12) entsprechen im Wesentlichen denjenigen der Gutachter der I.. So fand er im Bereich des Mittel- und Endglieds des rechten Zeigefingers dorsal eine glasige Haut mit völlig aufgehobener Hautfaltung. Die Haut fand er leichtgradig atroph, und das subkutane Fettgewebe verschmachtet. Im Röntgen der Hand rechts erkannte auch Dr. D. eine vollständige spontane Ankylose DIP Gelenk Dig II, wo der Gelenkspalt nicht mehr einsehbar war.

4.3 Anlässlich der Begutachtung in der I. gab der Beschwerdeführer als Hauptbeschwerden brennende und stechende Schmerzen im Daumen und Zeigefinger der rechten Hand an, die besonders intensiv an der Spitze, im Bereich des Nagelbettes und im Bereich des letzten Gliedes des jeweiligen Fingers seien (Urk. 7/M22 S. 16). Diese Beschwerden erachteten die Gutachter als gut nachvollziehbar und glaubhaft. Radiologisch fanden sie am Zeigefinger eine vollständige und spontane Fusion im Sinne einer spontanen Ankylose des Endgelenks vor und führten aus, dass spontane Fusionen im Rahmen der Heberden-Arthrose teilweise sehr rasch mit einem erheblichen inflammatorischen Prozess ablaufen und eine erhebliche Schmerz- und Schwellensituation verursachen können. Wäre lediglich der rechte Zeigefinger des Beschwerdeführers schmerzhaft, käme diese Erklärung plausibel. Allerdings klagt der Beschwerdeführer auch über ähnlich gelagerte Schmerzen im Daumen, in welchem sich keine arthrotischen Veränderungen zeigen. Da die Gutachter der I. auch davon ausgehen, dass es im postoperativen Verlauf zu einem CRPS I gekommen ist, erscheint es nicht nachvollziehbar, wenn sie die Schmerzen am rechten Daumen und Zeigefinger allein auf die spontane Fusion im Rahmen der Heberden- bzw. Bouchard-Arthrose im Zeigefinger zurückzuführen. Auch die Erklärungen von Dr. J. (Erw. 3.11), der sich bei seiner Beurteilung auf das Gutachten der I. stützt, vermögen keine Klärung zu schaffen, lässt doch auch er ausser Acht, dass der Beschwerdeführer nicht nur über Schmerzen im arthrotischen Zeigefinger, sondern auch über solche im Daumen klagt.

Demgegenüber erscheint die Beurteilung von Dr. D. (Erw. 3.12) als schlüssig. Er erklärt ausführlich, dass Fingerarthrosen aufgrund des Reibens der Knochen aneinander Schmerzen verursachen können. Eine spontan eingetretene Ankylose (Gelenksteife) verursache üblicherweise keine Schmerzen, da das mechanische Reiben der entknorpelten Gelenkspartner wegfallt. Dieses Phänomen werde im Rahmen der handchirurgischen Behandlungsmethode einer Arthrose der DIP-Gelenke mittels definitiver Arthrodesen (operative Gelenksversteifung) ausgenutzt, was analog zur spontan eingetretenen Ankylose erfahrungsgemäss zur gänzlichen Beschwerdefreiheit führe.

Auch berücksichtigt Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten auf der einen Seite den Umstand, dass der rechte Daumen keine degenerativen Gelenksveränderungen aufzeigt, welche durch Knochenreiben Schmerzen verursachen können, und auf der anderen Seite, dass das linke Zeigefingerendgelenk, welches deutliche Anzeichen einer zunehmenden Arthrose mit Tendenz zur Ankylose aufweist, schmerzfrei ist. Es ist daher mit Dr. D.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass die Schmerzen der rechten Hand überwiegend wahrscheinlich auf das im Anschluss an den Unfall erlittene CRPS zurückzuführen ist, welche im Beurteilungszeitpunkt nicht vollständig abgeheilt war.

## E. 5

5.1 Was die Beschwerden in der rechten Schulter betrifft, hat der Beschwerdeführer laut Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2008 (Erw. 3.5) erstmals anlässlich einer Untersuchung Ende April 2008 und somit knapp fünf Monate nach dem geltend gemachten Ereignis über Schmerzen geklagt. Nach einer MR-Schulterarthrographie vom 15. Mai 2008 im Institut für Radiologie des E.\_\_\_\_ (Urk. 14/M26/5) diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ eine Rotatorenmanschettenläsion der Schulter rechts mit partieller Supraspinatusruptur und Ansatzendinose. Dr. G.\_\_\_\_ (Erw. 3.6) erwähnte, dass der Beschwerdeführer schon vor dem geltend gemachten Sturz bewegungsabhängige Schmerzen gehabt und er primär keine relevanten Veränderungen gegenüber den vorbestehenden Schmerzen verspürt habe. Er äußerte den Verdacht auf eine posttraumatische Capsulitis, die allerdings wenig vernarbt sei, womit er die relativ geringe funktionelle Einschränkung der Schulter erklärte. Auch das positive Ansprechen auf die Infiltration erachtete er als für die Diagnose einer Capsulitis sprechend. Die Gutachter der I.\_\_\_\_ (Erw. 3.9) werteten die Beschwerden in der rechten Schulter dagegen als myofasziales Schmerzsyndrom, welchem unterschiedliche Einflüsse zugrunde liegen: Einerseits erachteten sie es als möglich, dass das erst später erwähnte Unfallereignis während der Hospitalisation im Dezember 2007 zum Beschwerdebild beiträgt, andererseits führten sie die Schmerzen auf die zusätzliche Komponente der Fehllhaltung, respektive der Fehlbelastung, resultierend aus den sich ergebenden Einschränkungen bezüglich der rechten Hand zurück.

5.2 Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer schon vor dem behaupteten Sturz im Dezember 2007 bewegungsabhängige Schmerzen in der rechten Schulter verspürt hatte, gemäß Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ (Erw. 3.10) Verkalkungen in der rechten und der linken Supraspinatussehne vorliegen, sich beidseitig AC-Gelenkarthrosen zeigen und sich eine Ruptur des Sehngewebes nicht nachweisen lässt, ist davon auszugehen, dass die Beschwerden in der rechten Schulter nicht auf den Sturz einen Tag nach der Handoperation zurückzuführen sind. Allerdings sind die Schulterbeschwerden gemäß den Gutachtern der I.\_\_\_\_ zumindest teilweise Folge einer Fehllhaltung bzw. Fehlbelastung aufgrund der sich ergebenden Einschränkungen in der rechten Hand. Da - wie oben dargelegt (E. 4.3) - die Handbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit der Bissverletzung vom 8. Dezember 2007 stehen, sind auch die Beschwerden in der rechten Schulter zumindest teilweise auf die Bissverletzung zurückzuführen. Eine Teilursache genügt indessen, um die Leistungspflicht des Unfallversicherers zu begründen (vgl. E. 2.2).

6. Zusammenfassend ist aufgrund der medizinischen Akten davon auszugehen, dass die Beschwerden an der rechten Hand und in der rechten Schulter des Beschwerdeführers über den 30. April 2009 hinaus auf das Unfallereignis vom 8.

Dezember 2007 zurückerzuzahlen sind. Folglich hat die Beschwerdegegnerin weiterhin für die Unfallfolgen aufzukommen, was in diesem Sinne zur Gutheissung der Beschwerde führt, soweit auf sie einzutreten ist.

7. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Die Entschädigung ist in Anwendung von § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten wird, in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 15. September 2010 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, für die Folgen des Unfalles vom 8. Dezember 2007 über den 30. April 2009 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Eschmann

- AXA Versicherungen AG

- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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