

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00132 vom 11. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00132

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00132 du 11 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00132 del 11 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1986, war zuletzt arbeitslos und in dieser Eigenschaft bei der Suva gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) unfall versichert, als er am 28. Februar 2016 bei sich zu Hause im Treppenhaus stürzte (Unfallmeldung vom 26. Mai 2016, Urk. 10/6). Nach notfallmässiger Überweisung durch den erstbehandelnden Hausarzt diagnostizierten die Ärzte des Kantonsospitals A.____ eine subkapitale metakarpale III Fraktur (Urk. 10/16/2), welche am 4. März 2016 operiert wurde (Urk. 10/3-5, Urk. 10/16/3-4). Am 20. April 2016 erfolgte die Entfernung des Osteosynthesematerials (Urk. 10/16/5-7, Urk. 10/17). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Urk. 10/21-24).

Nach kreisärztlicher Untersuchung vom 11. November 2016 (Urk. 10/82) verneinte die Suva mit Verfügung vom 18. November 2016 eine weitergehende Leistungspflicht und schloss den Fall per 5. Dezember 2016 ab (Urk. 10/83). Die am 6. Januar 2017 dagegen erhobene (Urk. 10/103) und am 20. März 2017 ergänzte Einsprache (Urk. 10/118) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 25. April 2017 (Urk. 10/123 = Urk. 2) ab.

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September

2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen Übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 28. Februar 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine

Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Suva gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG 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 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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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).

E. 1.4

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).

E. 1.5

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c).

E. 2

Der Versicherte erhob am 29. Mai 2017 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 25. April 2017 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei die Suva zu verpflichten, ihm auch über den 5. Dezember 2016 hinaus UVG-Leistungen zu erbringen. Beim Fallabschluss sei ihm eine entsprechende Rente von mindestens 10 % und eine angemessene Integritätsentschädigung von mindestens 5 % zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zwecks ergänzender Abklärung des medizinischen und erwerblichen Sachverhalts sowie der Kausalitätsfrage an die Suva zurückzuweisen, um anschliessend neu über einen allfälligen Anspruch auf weitere Leistungen des UVG zu entscheiden (Urk. 1 S. 2).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. September 2017 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde, soweit überhaupt darauf einzutreten sei. Dies wurde dem

Beschwerdeführer am 12. September 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Am 7. November 2017 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme und medizinische Unterlagen ein (Urk. 12, Urk. 13/1-2), welche der Beschwerdegegnerin am 30. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass die Folgen des Unfalls vom 28. Februar 2016 (subkapitale meta karpale III Fraktur rechts) spätestens im Einstellungszeitpunkt vom 5. Dezember 2016 abgeheilt gewesen seien. Die danach beklagten Beschwerden und Einschränkungen seien mangels Adäquanz nicht auf den Unfall zurückzuführen, weshalb die Einstellung der Versicherungsleistungen per 5. Dezember 2016 korrekt gewesen sei. Im Weiteren liege kein Rückfall zum Unfall vom 23. April 2015 vor (S. 13 Mitte).

E. 2.2

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei seit dem Unfallereignis vom 28. Februar 2016 in seinem angestammten Beruf als Autolackierer zu 100 % arbeitsunfähig. Ebenso aktenkundig sei die fortgesetzte analgetische Therapie. Er mache geltend, dass die persistierenden Beschwerden in der rechten Hand entgegen der Ansicht der Kreisärzte unfallbedingt seien (S. 9 Ziff. 4). Der Beschwerdegegnerin gelinge der Nachweis des vollständigen Wegfallens jeglicher ursächlicher Bedeutung der weiterhin persistierenden Beschwerden in der rechten Hand im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28. Februar 2016 mit ihrer medizinischen Beurteilung nicht. Aus diesem Grund habe er weiterhin Anspruch auf die entsprechenden gesetzlichen Leistungen bis zum Erreichen des Endzustandes. Bei Fallabschluss sei über dies die Rentenfrage und der Anspruch auf eine angemessene Integrationsentschädigung von mindestens 5 % zu prüfen (S. 9 f. Ziff. 5). Schliesslich werde geltend gemacht, dass der Fallabschluss zu früh erfolgt sei. Von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung sei ein Verbesserungspotential der organischen Beschwerden der rechten Hand, welche auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, zumindest nicht ausgeschlossen. Gestützt auf die medizinischen Akten liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein organisch nachweisbarer Befund vor. Bei dieser Fallkonstellation sei die adäquate Kausalität zu bejahen (S. 10 Ziff. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob eine über den Zeitpunkt der erfolgten Leistungseinstellung per 5. Dezember 201

E. 6

hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht und dabei insbesondere das Vorliegen eines Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfallereignis vom 28. Februar 2016 und den nach dem 5. Dezember 2016 noch bestehenden Beschwerden der rechten Hand. 3. 3.1

Nach notfallmässiger Überweisung durch den Hausarzt nannten die Ärzte des A.____ im Bericht vom 29. Februar 2016 (Urk. 10/16/2 = Urk. 10/40) als Diagnose eine subkapitale metakarpale III Fraktur an der rechten dominanten Hand nach Sturz am Vortag. Dazu führten sie aus, seither bestünden zunehmende Schmerzen und eine Schwellung. Bereits vor

einem Jahr habe der Beschwerdeführer eine Fraktur am Os metakarpale V erlitten, welche konservativ behandelt worden sei. 3.2

Im Operationsbericht vom 8. März 2016 (Urk. 10/16/3-4 = Urk. 10/42) berichteten die Ärzte des A.____ von der am 4. März 2016 durchgeführten Operation. Die Ärzte führten unter anderem aus, der Beschwerdeführer sei am 28. Februar 2016 gestürzt und habe sich eine subkapitale metakarpale III-Fraktur an der rechten Hand zugezogen. In Folge der starken Abkipfung sei die Indikation zur Operation gestellt worden. 3.3

Im Bericht vom 17. April 2016 über eine notfallmässige Selbstvorstellung (Urk. 10/4 = Urk. 10/37) wurde ausgeführt, es zeige sich postoperativ ein erfreulicher Verlauf. In der Verlaufskontrolle am 6. April 2016 sei eine radiologische Kontrolle erfolgt, wobei sich eine anatomische Lage der Fraktur mit regelrechter Lage der Spickdrähte gezeigt habe. Die Entfernung der Spickdrähte sei für den 20. April 2016 geplant. Der Beschwerdeführer berichte über eine Schwellung im Bereich des gesamten Handrückens seit gestern Morgen. Heute sei es zudem zu Schmerzen gekommen. Bei unveränderter, regelrechter Lage der Fraktur könne die Entfernung der Spickdrähte wie geplant am 20. April 2016 durchgeführt werden (S. 1). 3.4

Im Austrittsbericht vom 21. April 2016 (Urk. 10/5 = Urk. 10/16/5-7 = Urk. 10/39) berichteten die Ärzte über die am 20. April 2016 durchgeführte Entfernung des Osteosynthesematerials (vgl. Operationsbericht, Urk. 10/17/2-3) mit komplikationslosem intraoperativem Verlauf. Postoperativ hätten opiatpflichtige Schmerzen bestanden, weshalb die stationäre Aufnahme zur Analgetikatherapie notwendig geworden sei. Am ersten postoperativen Tag habe sich ein Rückgang der Schmerzsymptomatik gezeigt, so dass der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und trockenen Wundverhältnissen habe nach Hause entlassen werden können. 3.5

Dr. B.____, A.____, nannte im Bericht vom 27. Juli 2016 (Urk. 10/38/2-3) als Diagnose eine unklare, belastungsabhängige Schmerzsymptomatik und eingeschränkte Dorsalextension des rechten Handgelenks bei Status nach geschlossener Reposition und endomedullärer Schienung einer subkapitalen Os metakarpale III-Fraktur der rechten Hand (April 2016). Dazu führte sie unter anderem aus, es sei bei subjektiv angegebener Schmerzsymptomatik bei belastenden Tätigkeiten der rechten Hand sowie eingeschränkter Dorsalextension zu einer Hausarztzuweisung gekommen. Eine extern durchgeführte Physiotherapie habe zu keiner Besserung geführt. Der Beschwerdeführer sei aktuell arbeitslos und arbeitssuchend als Autolackierer. Er fühle sich aktuell noch nicht arbeitsfähig (S. 1). Dr. B.____ führte weiter aus, am ehesten handle es sich um ein postoperativ aufgetretenes Weichteilgranulom. Zum Ausschluss eines Strecksehnencheiden-Ganglions sei der Beschwerdeführer noch für eine sonographische Untersuchung angemeldet. Ihrer Ansicht nach handle es sich vor allem um eine Fokussierung auf den Schmerz und den palpablen Weichteilknoten, so dass die Durchführung einer temporären analgetischen Therapie empfohlen werde, um einen etablierten Schmerzkreislauf zu durchbrechen (S. 2). 3.6

Dr. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 8. August 2016 (Urk. 10/36/2-3) über den bisherigen Verlauf und nannte als Diagnosen eine subkapitale Fraktur Os metakarpale III Hand rechts vom 28. Februar 2016, eine geschlossene Reposition und endomedulläre Schienung Os metakarpale III Hand rechts am 20. April 2016 sowie eine Osteosynthesematerialentfernung MC III rechts am 20. April 2016. 3.7

Dr. D.____, Facharzt für Chirurgie, A.____, nannte im Bericht vom 22. August 2016 (Urk. 10/51) als Diagnosen belastungsabhängige Schmerzen Handgelenk rechts bei Status nach geschlossener Reposition und endomedullärer Schienung einer subkapitalen Os metakarpale III-Fraktur und sonographisch Verdacht auf Partialruptur der Sehne des

extensor

digitorum II ohne vollständige Kontinuitätsunterbrechung. Dazu führte er aus, subjektiv gebe der Beschwerdeführer eine deutliche Besserung der beklagten Schmerzsymptomatik an. Vor allem das Bewegungsausmass habe sich noch weiter verbessert. Die ein geleitete Ergotherapie mit Ultraschall und Mobilisationsmassnahmen tue dem Beschwerdeführer sehr gut und habe die Beschwerden deutlich gelindert (S. 1). Die klinischen Untersuchungs Befunde und der Sonographie-Befund würden immer noch nicht die subjektiv ausgeprägte, einschränkende Schmerzsymptomatik unter Belastung erklären. Der Beschwerdeführer gebe an, er habe in den letzten Tagen mehrfach einen Arbeitsversuch unternommen und spätestens nach zwei Tagen mit einer ausgeprägten Schwellung und Schmerzen im Bereich der rechten Hand die Tätigkeit wieder abbrechen müssen. Der Beschwerdeführer sei durchaus gewillt zu arbeiten, jedoch habe er in seiner angestammten Tätigkeit als Auto lackierer unter diesen Umständen keine Möglichkeit, eine neue Anstellung zu finden. Er habe dem Beschwerdeführer nochmals erklärt, dass es klinisch und sonographisch kein Korrelat für die Intensität der subjektiv beklagten Beschwerden gebe und dass er der Suva empfehlen werde, ihn für eine kreisärztliche Untersuchung aufzubieten, um die weitere Arbeitsfähigkeit sowie allenfalls die vorhandenen Möglichkeiten einer beruflichen Umorientierung mit Hilfe der Invalidenversicherung zu besprechen (S. 2). 3.8

Im Bericht über die ambulante Ergotherapie vom 25. Juli bis 26. September 2016 im A.____ (Urk. 10/79 = Urk. 3/3) führte der behandelnde Ergotherapeut unter anderem aus, zu Beginn der Therapie habe eine Verhärtung im Bereich der Narbe am Handgelenk ertastet werden können. Diese habe mit Narbenmassage und Ultraschall reduziert werden können. Das Krafttraining habe immer wieder unterbrochen werden müssen, da dorsal des Handgelenkes eine Schwellung und Schmerzen aufgetreten seien. Trotz des Versuchs, die Schmerzen zuerst mit Medikamenten zu beheben, habe der erneute vorsichtige Kraftaufbau keine Veränderung bezüglich Ausdauer und Einsatz der Hand bei Belastung ergeben. Es bestehe eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit im Handgelenk, die jedoch nicht funktionsentscheidend sei. Die Handkraft rechts betrage 35 kg, jedoch mit Schmerzen und sei daher für den Handeinsatz nicht massgebend. Durch die Schmerzen im Handgelenk sei die Aktivität in jedem Bereich (Arbeit, Freizeit und Selbstversorgung) stark eingeschränkt und die Gewohnheiten seien nur bedingt ausführbar. Zurzeit sei kein Therapiepotential vorhanden. 3.9

In der kreisärztlichen Beurteilung vom 4. Oktober 2016 (Urk. 10/61) führte Dr. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Wesentlichen aus, der Fall schildere die unkomplizierte Behandlung einer operativ versorgten MC-III-Basisfraktur rechts. Die klinischen Befunde nach der operativen Revision seien bis dato bland und würden keinerlei Erklärung für die subjektive Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers zeigen. Aus den medizinischen Angaben könne eine Symptomausweitung nicht sicher ausgeschlossen werden. Die Klinik stelle Arbeitsfähigkeit fest, sodass auch aus versicherungsmedizinischer Sicht ab dem 17. August

2016 volle Arbeitsfähigkeit bestehen sollte (S. 2). 3.10

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.6) führte im Bericht vom 3. November 2016 (Urk. 10/72) aus, es bestünden noch belastungsabhängige Schmerzen im rechten Handgelenk. Eine Prognose könne er nicht abgeben. Besondere Umstände wie frühere Erkrankungen, Unfälle oder soziale Umstände, welche den Heilungsverlauf beeinflussen würden, bestünden nicht (S. 1 Ziff. 2). Bei anhaltenden Beschwerden empfehle er eine weitere Kontrolle beim Vertrauensarzt der Versicherung (S. 2 Ziff. 5). 3.11

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.7) berichtete am 8. November 2016 (Urk. 10/92) von einer erneuten Selbstvorstellung des Beschwerdeführers bei unveränderten Beschwerden mit vor allem belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks. Der Beschwerdeführer gebe an, aktuell in einem Arbeitstraining zu sein und dort seine möglichen Einsatzmöglichkeiten für eine künftige berufliche Tätigkeit auszuloten. Unverändert bestünden belastungsabhängige Schmerzen. Es bestünden klinisch unveränderte Untersuchungsbefunde zur Konsultation vom 20. Juli 2016. Da die Arbeitsfähigkeit mit den im Zeugnis vom 28. September 2016 genannten Einschränkungen nicht umgesetzt werden können, bestehe für die angestammte Tätigkeit (Autolackierer) weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1). Da die Ergotherapie aktuell wieder sistiert worden sei, da die Kostenübernahme unklar gewesen sei, sei es zu einer merklichen Verschlechterung der klinischen Beschwerdesymptomatik gekommen. Aus diesem Grund werde die Fortsetzung der ergotherapeutischen Behandlung unbedingt weiter empfohlen, da dadurch bislang die grössten Fortschritte hinsichtlich Bewegungsausmass und Schmerzreduktion hätten erreicht werden können. Von handchirurgischer Seite seien die weiterführenden Therapiemöglichkeiten limitiert. Es seien keine weiteren handchirurgischen Verlaufskontrollen mehr geplant (S. 2). 3.12

Dr. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 17. November 2016 (Urk. 10/82) als Diagnosen belastungsabhängige Schmerzen im rechten Handgelenk. Dazu führte er aus, ein objektiver Befund für die beklagten Beschwerden lasse sich nicht finden. Sowohl bei der Untersuchung, als auch beim An- und Auskleiden zeige sich eine deutliche Selbstlimitierung und Befundausweitung. Die sonografisch gestellte Verdachtsdiagnose auf eine Partialruptur der Extensor indicis -Sehne lasse sich klinisch nicht bestätigen, und korreliere auch nicht mit den beschriebenen Beschwerden des Beschwerdeführers, welcher vornehmlich eine Kraftminderung für Faustschluss und Dorsalextension des 3. Fingers nach repetitiven Tätigkeiten beschreibe. Diese Beschwerden können klinisch und radiologisch nicht als unfallkausal gewertet werden.

Der Beschwerdeführer werde noch einmal explizit zum Unfallhergang befragt. Er könne sich nicht mehr genau erinnern, da er sich in einer «schwierigen Phase»

befunden habe. Er beschreibe, im Treppenhaus auf der nassen Treppe ausgerutscht, gestürzt und hierbei auf die rechte Faust gefallen zu sein. Bei einem solchen Pathomechanismus

würden Aspekte auffallen, die gewisse Zweifel am beschriebenen Unfallgeschehen aufkommen liessen: Die spinomedullären Reflexe würden bei einem gesunden Menschen in der Regel zur Reaktion der Extensorenmuskulatur und damit eher zur Dorsalextension der Hand führen. Ferner entstünden bei derartigen direkten Anpralltraumata der

Mittelhand- und Fingerknochen eher dislozierte

Mehrfragmentfrakturen. Eine Sturzprotektion über die dorsalextendierende Hand oder den Unterarm führe dagegen zu den entsprechend typischen Verletzungsmustern. Bei der Gelegenheit werde auch nochmal über das Entstehen der älteren Metakarpale V-Fraktur gefragt, auch hier könne der Beschwerdeführer sich nicht sicher erinnern. Ferner habe noch eine Kontusion des Metakarpale IV vor gelegen, welche zu einer Spaltung des A1-Ringbandes Dig IV geführt habe, welche in der Kindheit bei einer Metakarpale I-Fraktur beim Fussballspielen aufgetreten sei.

Aus kreisärztlicher Sicht sei die Behandlung abgeschlossen und es liege ab dem 1. November 2016 der Status quo sine bei radiologisch nachgewiesener Verschädigung vor. Eine Integritätsentschädigung nach Tabelle 2 UVG, Revision 2000, sei nicht gerechtfertigt. Zur Behandlung des nicht unfallkausalen Schmerzsyndroms der rechten Hand werde von kreisärztlicher Seite eine entsprechende Ergotherapie zu Lasten der Krankenkasse empfohlen.

Der Beschwerdeführer sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für eine angepasste Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Bei unfallfremdem, ubiquitärem Schmerzsyndrom der rechten Hand sollten repetitive Bewegungen, Faustschluss-Bewegungen sowie das Führen von Maschinen mit der rechten Hand vermieden werden (S. 5). 3.13

Dr. G.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, führte im Bericht vom 22. November 2016 (Urk. 10/89 = Urk. 10/119) unter anderem aus, in den ihm vorliegenden Unterlagen werde der exakte Abkippwinkel des Metakarpaleköpfchens nicht angegeben. Im Operationsbericht werde lediglich eine starke Abkipfung erwähnt. Er habe im seitlichen präoperativen Röntgenbild vom 29. Februar 2016 eine Abkipfung von 29° gemessen. Dies stelle seines Erachtens keine Indikation für einen chirurgischen Eingriff dar (S. 1). Bei seiner Ultraschalluntersuchung habe er im Operationsgebiet eine Knochenspitze gefunden, welche einen mechanischen Konflikt mit den Strecksehnen des Zeigefingers habe. Die Strecksehnen seien dort verdickt und von viel Synovialflüssigkeit umgeben. Die Synovialflüssigkeit reiche bis zum Handgelenk zurück. Entzündliche Gefäße, welche auf ein akutes Geschehen hinweisen würden, habe er keine gesehen. Die vorstehende Knochenspitze verursache eine bewegungs- und belastungsabhängige Irritation der Strecksehnen zum Zeigefinger und habe möglicherweise bereits zu einer partiellen Strecksehnenruptur geführt. Er empfehle eine chirurgische Sanierung (S. 2). 3.14

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.12) führte in der Stellungnahme vom 2. Dezember 2016 (Urk. 10/98/2) zum Bericht von Dr. G.____ aus, ihm sei nicht klar, welche Knochenzacke bei einer distalen MC II Fraktur am proximalen Ansatz an der Strecksehne scheuern soll, dies werde auch nicht erklärt. Er würde empfehlen, dass Dr. G.____ den Patienten selbst operiere. An seiner Stellungnahme vom 17. November 2016 ändere sich nichts. 3.15

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.7) führte im Bericht vom 5. Januar 2017 (Urk. 10/106) aus, der Beschwerdeführer stelle sich erneut in der Sprechstunde vor mit unveränderten belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der MC III-Basis. Im Rahmen der sonographischen Untersuchung vom 27. Juli 2016 habe keine Knochenspitze diagnostiziert werden können, welche einen mechanischen Konflikt mit den Strecksehnen verursache. Bezüglich der Zweitbeurteilung durch Dr. G.____, welcher im Röntgenbild eine Abkipfung von 29° ausgemessen habe und diesbezüglich eine Operationsindikation als nicht gegeben angesehen habe, habe er etwas Mühe, dieser Beurteilung so zu folgen, da es sich dabei

nicht um eine vollständige Beurteilung der gesamten klinischen und radiologischen Befunde präoperativ handelt. Präoperativ habe ein deutlicher Rotationsfehler bestanden, welcher so stark ausgeprägt gewesen sei, dass selbst bei einer Abkippung von weniger als 29° die Indikation zur Reposition und operativen Versorgung des fehlrotierten Knochens gegeben gewesen sei.

Nichtsdestotrotz denke er, dass die vorliegenden Beschwerden vor allem im Hinblick darauf, ob es sich bei den Beschwerden um eine Unfallfolge handle oder nicht, weiter abgeklärt werden sollte. Da die Ultraschalluntersuchung eine extrem untersucherabhängige Untersuchung sei, empfehle er zur Bilanzierung, ob es sich um einen Knochenvorsprung im Lager der genannten Strecksehnen handle, eine CT-Untersuchung der rechten Hand durchzuführen, für welche er den Beschwerdeführer angemeldet habe. Er plane eine klinische Verlaufskontrolle gemeinsam mit Frau Dr. B.____, Leitende Ärztin Handchirurgie, A.____, zur Besprechung der CT-Befunde und des weiteren Procederes. Sollte sich die durch Dr. G.____ diagnostizierte vorstehende Knochenspitze als morphologisches Korrektel bestätigen, wären die Beschwerden als Unfallfolge anzusehen, da dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Rahmen der operativen Versorgung entstanden sei (S. 2). 3.16

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.5) führte im Bericht vom 23. Januar 2017 (Urk. 10/111; Bildgebung, Urk. 10/112) aus, der Beschwerdeführer stelle sich heute zur Besprechung des CT der rechten Hand vor (S. 1). Die sonographisch gesehene Knochenschuppe im Bereich der MC-III-Basis lasse sich nachvollziehen, diese entspreche jedoch beim Betrachten der Nachbarschnitte dem ehemaligen Kanal zur Einbringung der Kirschnerdrähte. Eine dislozierte Schuppe zeige sich somit im CT nicht. Auffallend sei jedoch im Bereich der dorsoradialen Basis des MC-III eine anlagebedingte Ausziehung nach proximal, welche bei Handgelenks extension unter Belastung mit der distalen Karpalreihe in Kontakt kommen könnte. Dies könnte für die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden im Sinne einer Analogie zu einer Carpal

Bossing ursächlich sein. Aufgrund der vorliegenden Befunde stehe keine operative Therapie zur Verfügung, um die Schmerzsymptomatik suffizient zu lindern. Auch finde sich bei im Ultraschall gesehener Partialruptur der EDC-II-Sehne kein Hinweis auf ein Hygrom. Zusätzlich sei vermutlich von einer lokalen Narbenbildung nach Frakturversorgung und direkt darüber verlaufender Strecksehnen auszugehen. 3.17

Dr. G.____ (vorstehend E. 3.13) führte im Schreiben vom 14. Februar 2017 (Mail, Urk. 10/116/2-3 = Urk. 10/117) an Dr. C.____ im Wesentlichen aus, in seinem vorgängigen Schreiben habe er die Indikation zur Operation in Frage gestellt. Dieser Aussage habe Dr. D.____ entschieden widersprochen und behauptet, dass präoperativ ein erheblicher Rotationsfehler bestanden habe. Wäre dies der Fall gewesen, so wäre selbstverständlich die Operation angezeigt gewesen. In den ihm bisher vorliegenden Unterlagen werde jedoch ein Rotationsfehler ausdrücklich verneint (S. 1). Wenn nun Dr. D.____ behauptet, dass ein erheblicher Rotationsfehler bestanden habe, dann bedürfe dies dringend der Klärung von Seiten der Handchirurgie des A.____ (S. 2 oben). 3.18

Dr. H.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in der kreisärztlichen Stellungnahme vom 3. April 2017 (Urk. 10/120) im Wesentlichen aus, die Ausführungen der Ärzte des A.____ seien begründet nachvollziehbar und würden die bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen bestätigen. Insbesondere das CT schliesse eine Fehlbehandlung oder bleibende Schädigung im Bereich des nun vollständig

verheilten Metakarpale III aus. Die Handgelenksschmerzen seien nicht unfallkausal, da keine pathophysiologische Beziehung der verheilten Metakarpale III Fraktur zum Handgelenk bestehe und im Bereich des Handgelenkes auch keine Auffälligkeiten beschrieben worden seien. Es gebe lediglich eine versicherungsmedizinische Aussage, welche zu ändern sei und das sei die Feststellung, dass hier ein Status quo sine anzunehmen sei. Korrekterweise hätte man einen medizinischen Endzustand definieren müssen, da nach der operierten Situation strenggenommen selbst bei optimalem Heilverlauf geringe strukturelle Veränderungen vorhanden seien. 3.19

In der Stellungnahme vom 11. April 2017 führte Dr. H.____ (vorstehend E. 3.18) zu weiteren Fragen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 10/121) im Wesentlichen aus (Urk. 10/122), die Beschwerden seien auch nicht auf den Unfall vom 23. April 2015 zurückzuführen, es liege kein Rückfall vor, die subkapitale Fraktur des Metakarpale V sei allenfalls in ganz diskreter Fehlstellung verheilt, dies sei funktionell nicht bedeutend und habe auch bei klinischen Untersuchungen, sei es im A.____ oder durch den Kreisarzt Dr. F.____, keinen Befund ergeben, welcher einer relevanten Funktionsstörung zuzuordnen wäre. Es gebe hier keine strukturellen Veränderungen als Unfallfolge, welche eine permanente Schwellungsneigung im Handrücken erklären würden (S. 1 Ziff. 1). Beim Beschwerdeführer seien

keinerlei erhebliche und bleibende unfallbedingte Schädigungen erkennbar. Solche seien mittels CT an der rechten Hand und den klinischen Untersuchungen sowohl im A.____ als auch aufgrund der Kreisarztuntersuchung von Dr. F.____

ausgeschlossen worden. Es bestünden keine funktionellen Einschränkungen, welche in irgendeiner Form relevant seien. Man müsste hier die Integritätschadentabelle 1 heranziehen, wo es um Funktionsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten gehe. Unfallbedingt fänden sich jedoch keine funktionellen Einschränkungen, welche in irgendeine Rubrik dieser Tabelle einzuordnen wären (S. 1 Ziff. 2). Bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten finde sich auf Seite 1/2 der Integritätsschadentabelle nichts, womit ein Integritätsschaden beim Beschwerdeführer korrelieren könnte (S. 2 oben). Dem Bericht von Dr. B.____ vom 23. Januar 2017 sei der Satz zu finden «Zusätzlich ist vermutlich von einer lokalen Narbenbildung nach Frakturversorgung und direkt darüber verlaufenden Strecksehnen auszugehen.» Dieser Satz werde im Konjunktiv unter «Beurteilung und Prozedere» als mögliche Ursache für Beschwerden angegeben. Natürlich sei es so, dass es nach jedem Eingriff eine lokale Narbenbildung gebe. Eine solche Narbenbildung sei wesentlicher Teil des natürlichen Heilverlaufes, es gebe - auch bei einem operativen Eingriff - keinen Heilverlauf mit Verletzung des Weichteilgewebes bei dem nicht ein gewisses Mass an Narbenbildung entstehe, dies sei unerlässlich. Eine ausbleibende Narbenheilung würde eine persistierende offene Wunde bedeuten, welche sich in kürzester Zeit infizieren und dadurch erhebliche Probleme verursachen würde.

Hier handle es sich um eine Spekulation, um irgend eine Erklärung für verbleibende Schmerzen zu haben, welche sich nicht in den bildgebenden und klinischen Befunden widerspiegeln.

Es gebe nach solchen Eingriffen manchmal erhebliche Narbenprobleme, diese würden die Gleitfähigkeit der Sehnen im Gleitlager behindern und einen operativen Eingriff

erfordern. Dann würden aber auch klinische Befunde vorliegen, welche dies bestätigen würden. Dann müsse solch überschüssiges Narbengewebe auch wieder entfernt werden

und das Gleitlager der Sehnen wiederhergestellt werden. Dem sei aber in vorliegendem Fall nicht so. Dr. B.____

gebe explizit an, dass keine solche Massnahme infrage komme. Bei entsprechender Weichteilverletzung, wie sie auch die beim Beschwerdeführer durchgeführte Operation darstelle, bestehe immer ein gewisses Mass an Narbenbildung und seien Narbenresiduen vorhanden. Dies allein begründe aber keine Funktionsstörung, keine bleibenden Beschwerden und keinen Integritätsschaden. Wenn beim Beschwerdeführer eine Situation mit relevanter und dadurch funktionsbehindernder Narbenbildung vorliegen würde, würde sei tens der Handchirurgie sicherlich ein weiterer Eingriff durchgeführt werden (S. 3 oben).

Was zu diesem Fall noch auffalle sei, dass zwar häufig eine

« Schwellung über dem Handgelenk » angegeben werde, die klinischen Befunde müssten aber, sofern eine Schwellung angegeben werde, eine Schwellung über dem gesamten Handrücken zeigen. Entsprechend den möglichen Ursachen hierfür sei auch an eine artifizielle Störung zu denken, da entsprechend der objektivierbaren Veränderungen infolge des Unfallereignisses - bzw. Fehlen solcher objektivierbarer Veränderungen - eine plausible medizinische Erklärung für das „permanent existierende Handrückenödem“ ansonsten nicht bestehe (S. 3 unten) . 4. 4.1

In medizinischer Hinsicht ist aufgrund der Aktenlage erstellt, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund eines Sturzes im Treppenhaus am 28. Februar 2016 eine Fraktur des rechten Mittelhandknochens zugezogen hat (vorstehend E. 3.1), welche am 4. März 2016 operiert wurde (vorstehend E. 3.2). Bei zunächst post operativ erfreulichem Verlauf beklagte der Beschwerdeführer auch nach der Entfernung des Osteosynthesematerials am 20. April 2016 (vorstehend E. 3.3-4) trotz unveränderter, regelrechter Lage der Fraktur weiterhin belastungsabhängige Schmerzen, welche zu weitergehenden Abklärungen im A.____ führten.

So führte Dr. D.____ im Bericht vom 22. August 2016 unter anderem aus, dass die klinischen Untersuchungs- und Sonographie-Befunde die subjektiv ausgeprägte, einschränkende Schmerzsymptomatik unter Belastung nicht erklären würden und es klinisch und sonographisch kein Korrelat für die Intensität der subjektiv beklagten Beschwerden gebe (vgl. vorstehend E. 3.7). Am 8. November 2016 führte Dr. D.____ weiter aus, es bestünden klinisch unveränderte Untersuchungsbefunde. Von handchirurgischer Seite seien die weiterführenden Therapiemöglichkeiten limitiert und es seien keine weiteren Verlaufskontrollen mehr geplant (vgl. vorstehend E. 3.11). Schliesslich erfolgte aufgrund der von Dr. G.____ erwähnten Knochenspitze (vgl. vorstehend E. 3.13), eine CT-Abklärung im A.____, wobei sich keine dislozierte Knochenschuppe zeigte (vgl. vorstehend E. 3.16). 4.2

Vor diesem Hintergrund hielten die Kreisärzte nachvollziehbar fest, dass die klinischen Befunde keine Erklärung für die subjektive Beschwerdesymptomatik zeigen würden (vgl. vorstehend E. 3.9). Ein objektiver Befund für die beklagten Beschwerden lasse sich nicht finden. Sowohl bei der Untersuchung als auch beim An- und Auskleiden habe der Beschwerdeführer eine deutliche Selbstlimitierung und Befundausschmälerung gezeigt. Die sonographisch gestellte Verdachtsdiagnose auf eine Partialruptur der Extensor indicis -Sehne lasse sich klinisch nicht bestätigen und korreliere auch nicht mit den beschriebenen Beschwerden. Die Beschwerden könnten klinisch und radiologisch nicht als unfallkausal gewertet werden. Aus kreisärztlicher Sicht sei die Behandlung abgeschlossen (vgl. vorstehend

end E. 3.12). Schliesslich kam Kreisarzt Dr. H.____ zum Schluss, dass die Ausführungen der Ärzte des A.____ begründet und nachvollziehbar seien und die bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen bestätigen würden. Insbesondere das CT vom Januar 2017 (vgl. vorstehend E. 3.16) würde eine Fehlbehandlung oder bleibende Schädigung im Bereich des nun vollständig verheilten Metakarpale III ausschliessen. Die Handgelenksschmerzen seien nicht unfallkausal, da keine pathophysiologische Beziehung der verheilten Metakarpale III Fraktur zum Handgelenk bestehe und im Bereich des Handgelenks keine Auffälligkeiten beschrieben worden seien (vgl. vorstehend E. 3.18). Es gebe keine strukturellen Veränderungen als Unfallfolge, welche eine permanente Schwellneigung im Handrücken erklären würden. Es seien beim Beschwerdeführer keinerlei erhebliche und bleibende unfallbedingte Schädigung erkennbar. Weiter bestünden keine funktionellen Einschränkungen, welche in irgendeiner Form relevant seien (vgl. vorstehend E. 3.19).

Gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen erachtete die Beschwerdegegnerin die Folgen des Unfalls vom 28. Februar 2016 spätestens im Einstellungszeitpunkt vom 5. Dezember 2016 als abgeheilt und die danach geklagten Beschwerden und Einschränkungen seien mangels Adäquanz nicht auf den Unfall zurückzuführen (vgl. Urk. 2 S. 13 Mitte). 4.3

Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, der Fallabschluss sei verfrüht erfolgt, da von chirurgischen Sanierungsmassnahmen der rechten Hand, wie sie Dr. G.____ vorschläge, ein Verbesserungspotential zumindest nicht ausgeschlossen sei (vgl. Urk. 1 S. 6), kann ihm angesichts der vorliegenden medizinischen Aktenlage nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer bezieht sich dabei wohl auf den Bericht von Dr. G.____ vom 22. November 2016, in welchem dieser sich auf eine in der Ultraschalluntersuchung gefundene Knochenspitze bezieht, welche einen mechanischen Konflikt mit den Strecksehnen des Zeigefingers habe und eine bewegungs- und belastungsabhängige Irritation verursache, weshalb von ihm eine chirurgische Sanierung empfohlen werde (vgl. vorstehend E. 3.13). Der Beschwerdeführer lässt dabei jedoch ausser Acht, dass aufgrund der Beurteilung von Dr. G.____ und zur Überprüfung eines morphologischen Korrelats weitere bildgebende Abklärungen vorgenommen wurden. So führte Dr. D.____ des A.____ im Bericht vom 5. Januar 2017 mit Bezugnahme auf eine am 27. Juli 2016 durchgeführte sonographische Untersuchung zunächst aus, dass keine Knochenspitze diagnostiziert werden könne, welche einen mechanischen Konflikt mit den Strecksehnen verursache (vorstehend E. 3.15). Ob dieser Bericht Dr. G.____ bei seiner Beurteilung vorlag, lässt sich anhand der Akten nicht beurteilen. Angesichts seiner Ausführungen ohne Bezugnahme auf die sonographische Untersuchung vom 27. Juli 2016 ist dies jedoch nicht anzunehmen. Aufgrund des Berichts von Dr. G.____ wurde zur weiteren Klärung, ob ein Knochenvorsprung im Lager der genannten Strecksehne vorhanden sei, und mit dem Hinweis darauf, dass Ultraschalluntersuchungen extrem untersucherabhängig seien, eine CT-Untersuchung veranlasst. Dr. B.____, A.____, führte im Bericht vom 23. Januar 2017 hierzu aus, dass sich keine dislozierte Schuppe im CT zeige. Die sonographisch gesehene Knochenschuppe lasse sich nachvollziehen, diese entspreche jedoch beim Betrachten der Nachbarschnitte dem ehemaligen Kanal zur Einbringung der Kirschnerdrähte. Dr. B.____ führte weiter aus, dass aufgrund der vorliegenden Befunde keine operative Therapie zur Verfügung stehe, um die Schmerzsymptomatik suffizient zu lindern (vorstehend E. 3.16).

Dass vorliegend noch ein Verbesserungspotential vorhanden sei, wie dies der Beschwerdeführer vorbringt, ergibt sich nach dem Gesagten nicht. Es werden keine

Therapieoptionen vorgeschlagen, die eine namhafte Verbesserung der Beschwerden erwarten lassen (vgl. vorstehend E. 1.2). Damit steht fest, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der medizinische Endzustand erreicht war. Der Fallabschluss und damit die Adäquanzprüfung erfolgten demnach nicht verfrüht. 4.4

Strittig ist schliesslich das Fortbestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden und Einschränkungen und dem Unfallereignis vom 28. Februar 2016.

Soweit der Beschwerdeführer die Ansicht vertritt, dass auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. H.____ nicht abgestellt werden könne, so kann ihm nicht gefolgt werden. Anhaltspunkte, dass Dr. H.____ nicht alle Akten, insbesondere diejenigen von Dr. G.____, vorgelegen haben sollten, wie dies der Beschwerdeführer vorbringt, sind vorliegend keine ersichtlich. Sowohl zur Knochenspitze als auch zur fehlenden Operationsindikation nahm bereits Dr. D.____, A.____, Stellung und hielt hinsichtlich letzterem fest, dass er mit der Beurteilung von Dr. G.____ Mühe habe, da es sich dabei nicht um eine vollständige Beurteilung der gesamten klinischen und radiologischen Befunde präoperativ handle (vgl. vorstehend E.

3.15). An der Beurteilung durch Dr. G.____ kommen bereits schon aus diesem Grund Zweifel auf. Hinsichtlich der von Dr. G.____ erwähnten Knochenspitze wurde schliesslich zusätzlich eine weiterführende bildgebende Untersuchung (CT) vorgenommen, welche von den Ärzten des A.____ durchgeführt und gewürdigt (vgl. vorstehend E. 3.15-6) und schliesslich auch von Kreisarzt Dr. H.____ berücksichtigt wurde. So hielt Dr. H.____ hierzu fest, dass das CT eine Fehlbehandlung oder bleibende Schädigung im Bereich des nun vollständig verheilten Metakarpale ausschliesse (vgl. vorstehend E. 3.19).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sind die Berichte der Kreisärzte für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigen die beklagten Beschwerden und die Vorakten, insbesondere auch die eingehenden Untersuchungen der Ärzte des A.____. Die kreisärztlichen Stellungnahmen erweisen sich folglich als in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtend, und die Kreisärzte begründen ihre Schlussfolgerungen überzeugend und nachvollziehbar. Dr. H.____ legte in seinen Beurteilungen insbesondere nachvollziehbar dar, dass keine bleibende Schädigung im Bereich der aktuell vollständig verheilten Metakarpale III vorliege und dass keine Fehlbehandlung erfolgt sei. Im Weiteren hielt Dr. H.____ fest, dass und weshalb die Handgelenksschmerzen nicht unfallkausal seien. Sodann führte Dr. H.____ nachvollziehbar aus, dass bei entsprechender Weichteilverletzung, wie sie auch die beim Beschwerdeführer durchgeführte Operation darstelle, immer ein gewisses Mass an Narbenbildung bestehe und Narbenresiduen vorhanden seien. Dies alleine begründe aber keine Funktionsstörung, keine bleibenden Beschwerden und keinen Integritätsschaden. Wenn beim Beschwerdeführer eine Situation mit relevanter und dadurch funktionsbehindernder Narbenbildung vorliegen würde, würde seitens der Handchirurgie sicherlich ein weiterer Eingriff durchgeführt werden (vgl. vorstehend E. 3.19).

Dieser Beurteilung entgegenstehende ärztliche Beurteilungen liegen keine vor. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers liess sich auch der sonographische Verdacht einer Partialruptur der EDC-II-Sehne nicht bestätigen. So wurde diese bereits von Dr. D.____ im Bericht vom 22. August 2016 (vgl. vorstehend E. 3.7) erwähnt und in seiner Beurteilung, dass klinisch und sonographisch kein Korrelat für die Intensität der subjektiv beklagten

Beschwerden vorhanden sei, berücksichtigt. Hierzu hielt sodann Kreisarzt Dr. F. ___ fest, dass sich die sonographisch gestellte Verdachtsdiagnose klinisch nicht bestätigen lasse und auch nicht mit den beschriebenen Beschwerden des Beschwerdeführers, welcher vornehmlich eine Kraftminderung für Faustschluss und Dorsalextension des 3. Fingers nach repetitiven Tätigkeiten beschreibe, korreliere (vgl. vorstehend E. 3.12). Dass im Bericht von Dr. B. ___ vom 23. Januar 2017 eine Partialruptur der EDC-II-Sehne anerkannt worden wäre, ergibt sich entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht. Auch in diesem Bericht wird nach wie vor ein Verdacht auf eine Partialruptur der EDC-II-Sehne ohne vollständige Kontinuitätsunterbrechung gestellt (vgl. vorstehend E. 3.16).

Sodann kann der Beschwerdeführer auch aus dem Emailverkehr vom 14. Februar 2017 von Dr. G. ___ und Dr. C. ___ nichts zu seinen Gunsten ableiten. So ist nicht ersichtlich, inwiefern die darin von Dr. G. ___ aufgegriffene Thematik der Operationsindikation etwas zur anspruchrelevanten Fragestellung bzw. zur Leistungseinstellung beiträgt. So äussert er sich darin lediglich dazu, ob ein anderes therapeutisches Vorgehen angezeigt gewesen wäre. Dabei handelt es sich um eine medizinische Frage, die zur Beurteilung der Rechtsfrage des Vorliegens eines Endzustands sowie der Unfallkausalität vorliegend nichts beiträgt. 4.5

Dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 25. April 2017 davon ausging, dass die geklagten Beschwerden und Einschränkungen nicht (mehr) durch einen hinreichend objektivierbaren organischen Befund erklärt werden können (Urk. 2 S. 11 unten), und hernach eine spezifische Adäquanzprüfung vornahm, ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin erachtete dabei keines der massgebenden adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 134 V 109 E. 10.3) als erfüllt, was mit Blick auf die medizinischen Akten ebenfalls nicht zu beanstanden ist und im Einzelnen vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten wurde. Entsprechend stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass die festgestellten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden in keinem adäquat-kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 28. Februar 2016 stehen würden (Urk. 2 S. 13 oben). Entgegen der vom Versicherten vertretenen Auffassung ist in antizipierter Beweiswürdigung von weiteren medizinischen Abklärungen abzusehen, da davon keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Bei fehlenden funktionellen Einschränkungen verneinte die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ausführungen von Dr. H. ___ (vgl. vorstehend E. 3.19) zudem einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu Recht. 4.6

Nach dem Gesagten erweist sich der Einspracheentscheid vom 25. April 2017 (Urk. 2) und damit die Leistungseinstellung per 5. Dezember 2016 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y. ___ - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - Bundesamt für Gesundheit 4.

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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
P. Sager

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