

200 23 26 UV  
MAK/SCC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. Oktober 2023**

Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 23. November 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit Februar 1992 als ... für die C. \_\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 4 S. 1, 16 S. 1, 19 S. 1). Am TT. April 1999 verletzte er sich an einer ... und in der Folge mussten die Finger II und III der rechten Hand teilamputiert werden (Akten der Suva [act. II] 1 S. 2). Mit Verfügung vom 11. März 2003 sprach die Suva dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 11 % eine UV-Rente ab dem 1. Mai 2002 sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 5 % zu (act. II 107). Nachdem der Versicherte seine vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit wieder aufgenommen hatte, hob die Suva die Invalidenrente revisionsweise (act. II 20) per 1. Februar 2006 wieder auf. Die diesbezügliche Verfügung vom 16. Januar 2006 blieb unangefochten (act. II 26).

Gemäss Schadenmeldung vom 19. September 2011 erlitt der Versicherte am TT. September 2011 einen weiteren Unfall, bei welchem er sich während der Arbeit den rechten Daumen verstauchte (Akten der Suva [act. IIB] 1). Ab dem 10. Oktober 2011 wurde dem Versicherten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. act. IIB 9, 10).

### **B.**

Mit Schreiben vom 18. September 2019 meldete der Versicherte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes (act. II 28 S. 2). Am 9. Oktober 2019 beantragte er die Wiederausrichtung der Invalidenrente wegen Spätfolgen bzw. Brückensymptomen (act. II 30). Zudem reichte er am 26. August 2020 ein durch die Invalidenversicherung veranlassenes interdisziplinäres Gutachten die MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 16. März 2020 ein (act. II 59 f.).

Am TT. April 2021 erlitt der Versicherte abermals einen Unfall, als er sich beim Bedienen eines ... multiple Rissquetschwunden am linken Daumen zuzog (Akten der Suva [act. IIA] 1, 13). Nachdem die ärztliche Behandlung am 29. April 2021 abgeschlossen werden konnte und eine volle Arbeitsfähigkeit festgestellt worden war (act. IIA 11 S. 2), wurde der Fall folgenlos abgeschrieben.

Im weiteren Verlauf legte die Suva das Unfalldossier ihrem Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Chirurgie, vor (Kurzbeurteilungen vom 20. Dezember 2021 [act. II 83 S. 2] und vom 4. Januar 2022 [act. II 84 S. 2]) und lehnte formlos mit Schreiben vom 14. Januar 2022 (act. II 85 S. 2) ihre Leistungspflicht ab. Auf Antrag des Versicherten hin (act. II 92) und nach erneuter Stellungnahme des Kreisarztes (act. II 93) verfügte die Suva am 18. März 2022 die Leistungsabweisung und legte zur Begründung dar, es liege keine unfallbedingte Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Eine allfällige Verschlechterung desselben sei krankheitsbedingt (act. II 97). Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten (act. II 101) wies die Suva mit Entscheid vom 23. November 2022 (act. II 109) ab.

### **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, am 11. und 13. Januar 2022 (recte: 2023) Beschwerde und beantragte sinngemäss, die Invalidenrente der Unfallversicherung sei wieder auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 10. April 2023 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Kostennote und (unaufgefordert) eine Stellungnahme ein. Der Beschwerdeführer beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und die Sache sei zur Anordnung eines externen Gutachtens über sämtliche Handunfälle an die Beschwerdegegnerin zurückzuwei-

sen. Eventualiter sei die Integritätsentschädigung auf 20 % zu erhöhen und es sei dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zuzusprechen.

Am 12. April 2023 gab der Beschwerdeführer einen Auszug des Lohnjournals vom Januar bis März 2023 zu den Akten.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 23. November 2022 (act. II 109). Streitig und zu prüfen ist, ob es sich bei den gesundheitlichen Beschwerden um Spätfolgen der Ereignisse von 1999 und 2011 (rechte Hand) oder von 2021 (linke Hand) handelt und Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung besteht.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben – wie vorliegend die Ereignisse vom TT. April 1999 und vom TT. September 2011 –, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Art. 118 Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Das Ereignis vom TT. April 2021 resp. dessen allfällige Folgen sind dagegen nach neuem Recht zu beurteilen. Diese intertemporalrechtliche Ausgangslage wirkt sich jedoch vorliegend nicht entscheidwesentlich aus.

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.3** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE

147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; BGE 148 V 356 E. 3 S. 358).

**2.3.1** 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.3.2** 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 S. 181; BGE 148 V 356 E. 3 S. 358 f.). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

**2.4** Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung,

möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. Dezember 2016, 8C\_61/2016, E. 3.2).

**2.5** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### 3.

**3.1** Aufgrund der Akten ist erstellt und unbestritten, dass das Ereignis vom TT. April 1999 (nach Verletzung an ... mit Teilamputation der Finger II und III der rechten Hand [act. II 7 S. 2, 15 S. 2]) die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hier- vor) erfüllt. Dasselbe gilt für die Ereignisse vom TT. September 2011 (Ver- drehung des Daumens rechts [act. IIB 1]; Verdacht auf Teilläsion ligamen- tum collaterale radiale Dig. I rechts [act. IIB 8 S. 1]) und vom TT. April 2021 (Schnitt durch ... [act. IIA 1]; Multiple RQW Daumen links nach Unfall mit M... [act. IIA 11 S. 2]).

Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob es sich bei der vom Beschwerdefüh- rer geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterung um eine Spät- folge der Ereignisse von 1999, 2011 und 2021 im Sinne von Art. 11 UVV handelt (vgl. E. 2.4 hier- vor) und dabei insbesondere, ob die geklagten Be- schwerden (vgl. auch act. II 36 S. 2) in einem anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang zu besagten Unfällen stehen.

Aus den medizinischen Unterlagen ergibt sich – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

**3.1.1** Im Bericht vom 4. Februar 2020 (act. II 41) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, Spital G.\_\_\_\_\_ das Fol- gende (S. 1 f.):

1. Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen
2. Depressive Entwicklung
3. Globusgefühl im Hals und rechtsseitige Ohrenscherzen

Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Fakto- ren sei als läsional induziert (lumboradikuläre Symptomatik L5/S1 links, vorbestehende Amputation im Bereich der Dig. II und III rechts) und im Ver- lauf als perzeptiv verstärkt zu beurteilen (S. 3).

**3.1.2** Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 16. März 2020 (act. II 60), welches von der IV-Stelle Bern veranlasst wurde, diagnostizier- ten die Dres. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychothera- pie, I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, J.\_\_\_\_\_,

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, das Folgende (S. 9 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit intermittierender radikulärer Reiz- und persistierender sensibler Ausfallssymptomatik der Wurzel L5 links bei
  - medio-linkslateraler Diskushernie L4/5 und paramedian linksseitiger Hernie L5/S1 (MRT 01/2018)
- Neuropathische Schmerzkomponente im Bereich Dig. II und III rechts bei
  - Status nach traumatischer Amputation April 1999 mit
  - Hypästhesie und Dysästhesien in den Kuppen II und III rechts
  - Schmerzen radiale Hand beidseits (Strahl I und II) bei beginnender Rhizarthrose und STT-Arthrose
  - Radiale Epikondylitis
  - Verdacht auf Radialistunnelsyndrom rechts
  - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach dreimaliger Prostatitis
- Hypercholesterinämie anamnestisch
- Probleme in der Beziehung zum Ehepartner
- Schwierigkeiten der kulturellen Eingewöhnung (mangelnde sprachliche Kompetenz)

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Experten in handchirurgischer und orthopädischer Hinsicht fest, aktenmässig sei ein Status nach einer Verletzung an einer ... am TT. April 1999 mit konsekutiver Teilamputation der Finger II und III der rechten Hand bekannt. Der Versicherte habe in der Folge gemäss Aktenangaben Mühe gehabt, sich mit dem Unfallgeschehen und seinen Folgen psychisch abzufinden. Heute finde sich ein Status nach einer Amputation der Endglieder Dig II und III rechts. Der Explorand gebe hier auf Befragen bei Berührung zum Teil elektrisierende Missempfindungen an, vor allem an der Kuppe Dig II. Bei der Sensibilitätstestung werde zunächst eine Hyposensibilität vermerkt, auf Nachfragen aber wiederum ein Elektrisieren vor allem von Dig II. Den Hauptschmerz beschreibe der Explorand aber im Bereich des Daumens und in der Verlängerung proximal im Bereich der Mittelhand. Das Schmer-

zugeschehen an der rechten Hand sei somit als multifaktoriell zu beurteilen, wobei eine gewisse neuropathische Schmerzkomponente vor allem in Dig II, weniger in Dig III als wahrscheinlich anzunehmen sei. In den neu angefertigten Röntgenbildern der Handgelenke und Sattelgelenke zeigten sich auf beiden Seiten eine rechts betonte leichte Verschmälerung der Sattelgelenke und leichte, linksbetonte degenerative Veränderungen im STT-Gelenk. In den Handgelenken fänden sich auf beiden Seiten keine Konfigurationsstörungen und damit keine Hinweise auf eine interkarpale ligamentäre Läsion. Aus handchirurgischer Sicht zeige sich somit eine beginnende Arthrose in beiden Sattelgelenken und im Gelenk zwischen Skaphoid, Trapezium und Trapezoideum (STT-Gelenk), diese Arthrose könne die geklagten Schmerzen teilweise erklären. Im Weiteren finde sich klinisch eine deutliche radiale Epikondylitis rechts und ein Verdacht auf ein Radialistunnelsyndrom rechts (S. 5). In neurologischer Hinsicht führten die Gutachter aus, das Schmerzgeschehen an der rechten Hand sei als multifaktoriell zu beurteilen, wobei eine gewisse neuropathische Schmerzkomponente vor allem bei Dig. II anzunehmen sei. Nicht neurogene Faktoren würden mitspielen. Es handle sich mehr als 20 Jahre nach der Schädigung um einen Residualzustand (S. 7 f.).

**3.1.3** Im Aktenbericht vom 20. Dezember 2021 (act. II 83 S. 2) hielt Suva-Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, bei den aktuell geltend gemachten Fingerbeschwerden rechts handle es sich um einen Residualzustand nach der vor mehr als 22 Jahren erlittenen Amputationsverletzung. Die Zunahme der Handbeschwerden sei nicht unfallkausal, sondern auf die unfallfremden arthrotischen Veränderungen an den Sattelgelenken beidseits sowie auf arthrotische Veränderungen der Intercarpalgelenke zurückzuführen. Eine allfällige Zunahme der Beeinträchtigung der Zumutbarkeit sei daher nicht als unfallkausal, sondern unfallunabhängig im Rahmen einer fortschreitenden allgemeinen Arthroseentwicklung zu beurteilen.

In der ergänzenden Beurteilung vom 4. Januar 2022 (act. II 84 S. 2) legte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ dar, im interdisziplinären Gutachten vom 16. März 2020 sei lediglich aufgrund der Schmerzangaben des Versicherten (vgl. act. II 60 S. 35 ff.) ein Verdacht auf eine radiale Epikondylitis und auf ein Radialistunnelsyndrom rechts geäussert worden. Eine gesicherte Diagnose

liege diesbezüglich nicht vor; Angaben zur Ursache fehlten. Zur Kausalität habe sich der Untersucher nicht geäußert. Bei der radialen Epikondylitis (Tennisarm) handle es sich um degenerative Veränderungen im Bereich der Sehnenansätze der Extensorensehnen des Handgelenks am Epikondylus. Ein kausaler Zusammenhang mit dem Unfallereignis vor mehr als 20 Jahren sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Beim ebenfalls nur verdachtsmässig in Betracht gezogenen Radialistunnelsyndrom handle es sich um ein Kompressionssyndrom des Nervus radialis im Bereich des Ellbogens. Dieses sei durch eine vor 20 Jahren erlittene Amputationsverletzung im Bereich der Finger nicht erklärbar und somit nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Bei der neuropathischen Schmerzkomponente im Bereich der Stümpfe von Dig. I (recte: Dig. II) und Dig. III rechts handle es sich um einen Residualzustand nach der vor mehr als 20 Jahren erlittenen Amputationsverletzung. Das Schmerzgeschehen werde vom begutachtenden Neurologen als multifaktoriell mit auch nicht neurogenen Faktoren beurteilt. Er habe "gewisse Hinweise auf eine funktionelle Überlagerung" gefunden. Im Status zu nennen sei das präzise "falsche Durchführen des Finger-Nasen-Versuchs". Eine unfallbedingte Verschlimmerung des Gesundheitszustands sei nicht objektivierbar.

Mit Stellungnahme vom 16. März 2022 (act. II 93 S. 2) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, seit der letzten Beurteilung lägen keine neuen medizinischen Tatsachen vor, welche zu einer Änderung Anlass geben würden.

## **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.3** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

### **3.3**

**3.3.1** Die einlässlich begründeten Aktenberichte des Suva-Kreisarztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2021 (act. II 83 S. 2) und vom 4. Januar 2022 (act. II 84 S. 2) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten An-

forderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf das von der Invalidenversicherung veranlasste schlüssige MEDAS-Gutachten vom 16. März 2020 (act. II 60) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Gestützt auf die Ergebnisse des MEDAS-Gutachtens verneinte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine unfallbedingte Verschlechterung des Gesundheitszustandes und legte überzeugend dar, dass es sich bei den geltend gemachten Handbeschwerden zwar um einen Residualzustand nach der vor mehr als 22 Jahren erlittenen Amputationsverletzung handelt. Die Zunahme der Beschwerden ist aber nicht unfallkausal, sondern beruht auf den unfallfremden, arthrotischen Veränderungen an den Sattelgelenken beidseits sowie auf arthrothischen Veränderungen der Intercarpalgelenke. Die Beurteilung, eine allfällige Zunahme der Beeinträchtigung der Zumutbarkeit sei daher nicht als unfallkausal, sondern bestehe unfallunabhängig im Rahmen einer fortschreitenden allgemeinen Arthroseentwicklung, leuchtet ein. Sodann legte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass von einer Kreisarztuntersuchung kein Erkenntniszuwachs zu erwarten ist. Diese Beurteilungen überzeugen vollumfänglich, weshalb auf diese abzustellen ist.

**3.3.2** Daran vermögen auch die Vorbringen in der Beschwerde vom 11. Januar 2023 und in der Replik vom 10. April 2023 nichts zu ändern, wonach sich mittlerweile Spätfolgen entwickelt hätten. Zunächst ist festzuhalten, dass der Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung des MEDAS-Gutachtens vom 16. März 2020 (act. II 60) abstellte. Der Kreisarzt legte überzeugend dar, weshalb im Bereich der geltend gemachten Handbeschwerden keine Unfallfolgen objektivierbar sind (act. II 84 S. 2), und dass die geltend gemachten Handbeschwerden – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 1; Replik S. 2; act. II 92 S. 1 f.) – nicht unfall-, sondern krankheitsbedingt sind (act. II 83 S. 2). Er erläuterte verständlich, dass die radiale Epikondylitis und das ebenfalls lediglich verdachtsmässig in Betracht gezogene Radiali-

stunnelsyndrom überwiegend wahrscheinlich nicht dem Unfall vom TT. April 1999 zuzuordnen sind und er begründete weiter einlässlich, dass es sich bei der neuropathischen Schmerzkomponente im Bereich der Stümpfe Dig. II und Dig. III rechts um einen Residualzustand nach der vor mehr als 20 Jahren erlittenen Amputationsverletzung handelt, wobei die (seitherige) Zunahme der Handbeschwerden nicht unfallkausal, sondern auf unfallfremde arthrotische Veränderungen zurückzuführen sei (act. II 83 S. 2, 84 S. 2). In Bezug auf die neurologische Abklärung vom 18. Februar 2020 (act. II 60 S. 44 ff.) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ differenziert aus, dass das Schmerzgeschehen als multifaktoriell mit auch nicht neurogenen Faktoren beurteilt wird (act. II 84 S. 2). Sodann sind dem Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 4. Februar 2020 (act. II 41) – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. II 92 S. 1) – keine Anhaltspunkte zu entnehmen, welche die Kausalität des neuropathischen Schmerzsyndroms mit der Fingeramputation bestätigen würden. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, inwiefern die leichten Verletzungen durch die Ereignisse von 2011 und 2021 (letzteres betraf denn auch die andere Hand) hätten zu Spätfolgen führen sollen; Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat sich denn auch nicht dazu geäußert.

**3.3.3** Nach dem Dargelegten können keine auch nur geringen Zweifel an den Beurteilungen des Kreisarztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ausgemacht werden. Der Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt und weitere Beweismassnahmen würden keinen Erkenntniszuwachs bringen, weshalb auf die Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens – wie vom Beschwerdeführer beantragt (vgl. Replik S. 2) – zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

**3.3.4** Bezüglich des Vorbringens, es hätten sich mittlerweile psychische Beeinträchtigungen entwickelt (Beschwerde S. 1), kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden. Es ist auf die zutreffenden Ausführungen im Einspracheentscheid vom 23. November 2022 (act. II 109 S. 3 f. Ziff. 2) zu verweisen, wonach die Adäquanz der psychischen Beschwerden hinsichtlich Unfall von 1999 mit Verfügung vom 11. März 2003 bereits rechtskräftig verneint wurde (vgl. auch act. II 107 S. 2). Sie ist daher keiner erneuten Überprüfung zu unterziehen, zumal auch kein Rückkommenstitel ersichtlich

ist (vgl. Urteil des BGer vom 22. Oktober 2003, U 210/00, E. 3.4.2). Das vom Beschwerdeführer erwähnte Urteil (RKUV 1999 Nr. U 346) ist somit von vornherein nicht massgeblich und es erübrigen sich Ausführungen hierzu.

Was sodann die Ereignisse von 2011 und 2021 angeht, handelt es sich um leichte Unfälle. Die Adäquanz der geltend gemachten psychischen Unfallfolgen ist ohne Weiteres zu verneinen, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass solche Unfälle nicht geeignet sind, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183).

**3.4** Nach dem Dargelegten ist ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom TT. April 1999 und den im September 2019 (act. II 28 S. 2) geltend gemachten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Damit besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 23. November 2022 (act. II 109) erweist sich somit als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde vom 11. Januar 2023 ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Suva (samt den Eingaben des Beschwerdeführers vom 10. und 12. April 2023)
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.