Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 9. Juli 2026 (725 25 341)

Unfallversicherung

Zweifel an der Beweiskraft der versicherungsinternen Aktenbeurteilungen; weitere Abklärungen zur Unfallkausalität und zu einer möglichen sekundären Unfallfolge gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG erforderlich

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Ana Dettwiler, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin i.V. Zoe Zbinden
Parteien	**A.____**, Beschwerdeführer, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach, 4010 Basel gegen **Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1968 geborene A.____ war bei der B.____ AG als Isoleur angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 24. April 2023 stürzte er mit seinem E-Bike, nachdem eine Katze auf die Strasse gerannt war. Dabei erlitt er mehrere Schürfverletzungen, Zahnschäden sowie eine wenig dislozierte extraartikuläre Fraktur des fünften

Mittelhandknochens (MC-V) der rechten Hand. Die Schadenmeldung ging noch am selben Tag bei der Suva ein. Mit Schreiben vom 27. April 2023 anerkannte diese ihre Leistungspflicht und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Während die Fraktur knöchern regelrecht verheilte, entwickelte sich im weiteren Verlauf eine zunehmende Beugehemmung des Metakarpophalangealgelenks des fünften Fingers (MCP-V-Gelenk). Aufgrund der persistierenden Flexionsblockade erfolgten am 20. November 2023 eine Arthrolyse des MCP-V-Gelenks und eine Strecksehnentenolyse. Nachdem sich nur eine vorübergehende Besserung eingestellt hatte, erfolgten am 1. Juli 2024 erneut eine Tenolyse und eine Arthrolyse. Postoperativ zeigte sich schliesslich eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit.

B. Mit Schreiben vom 8. November 2023 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen im Hinblick auf die bevorstehende Operation vom 20. November 2023 vorsorglich ein und kündigte die Vornahme versicherungsmedizinischer Abklärungen an. In der Folge holte sie mehrere versicherungsinterne Aktenbeurteilungen von Dr. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein. Gestützt auf diese schloss sie den Schadenfall mit Schreiben vom 21. Dezember 2023 per 20. November 2023 ab und lehnte die Kostenübernahme für die gleichentags durchgeführte Operation ab. Nachdem der Versicherte dagegen opponiert hatte, zog die Suva dieses Schreiben am 10. Januar 2024 vollumfänglich zurück. Gleichzeitig hielt sie an ihrer Auffassung fest, wonach die unfallbedingte Fraktur spätestens am 8. November 2023 verheilt gewesen sei und die darüber hinaus bestehenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2024 stellte sie ihre Versicherungsleistungen rückwirkend per 8. November 2023 ein. Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten vom 1. November 2024 wies sie mit Einspracheentscheid vom 27. August 2025 ab.

C. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Raffaella Biaggi, am 17. September 2025 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, der Einspracheentscheid der Suva vom 27. August 2025 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen, subeventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung liess er im Wesentlichen geltend machen, dass die nach dem Unfall aufgetretene Beugehemmung des MCP-V-Gelenks auf die konservative Frakturbehandlung, insbesondere auf die langdauernde Ruhigstellung und die durchgeführte Syndaktylie, zurückzuführen sei. Zur Stützung dieses Standpunkts verwies er namentlich auf die chirurgisch-versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. D.____, FMH Chirurgie, vom 27. September 2024.

D. Die Suva schloss mit Vernehmlassung vom 28. Oktober 2025 auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit verfahrensleitender Verfügung der Präsidentin des Kantonsgerichts vom 3. November 2025 wurde die Angelegenheit dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die am 17. September 2025 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 8. November 2023 eingestellt hat. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die über diesen Zeitpunkt hinaus bestehenden Beschwerden an der rechten Hand in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 24. April 2023 steht.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG erbringt der Unfallversicherer ausserdem Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden. Dabei gewährt Art. 10 Abs. 1 UVG der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt damit eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2019, 8C_437/2018, E. 2.1). Ob zwischen einem

schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifestiert bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3, Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2016, 8C_269/2016, E. 2.4; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2).

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche

Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). So kommt beispielsweise den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5. Für die Beurteilung des vorliegenden Falles und insbesondere der Frage, ob die über den 8. November 2023 hinaus geklagten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. April 2023 stehen, liegen die nachfolgenden medizinischen Unterlagen von Relevanz vor:

5.1 Gemäss Erstbefund des Spitals E.____ vom 24. April 2023 habe sich der Versicherte anlässlich des Unfallereignisses eine nach ulnar dislozierte, extraartikuläre, proximale Schaftfraktur des Oses metacarpale Digiti V der rechten Hand zugezogen. Weitere Frakturen seien radiologisch nicht abgegrenzt worden. Die erfassten Gelenke hätten sich regelrecht artikuliert präsentiert (Suva-Dok. 95). Dem Austrittsbericht desselben Tages ist sodann zu entnehmen, dass nach Rücksprache mit der Abteilung für Handchirurgie eine konservative Behandlung mittels Anlage einer Intrinsic-plus-Langfingerschiene eingeleitet worden sei (Suva-Dok. 101).

5.2 Anlässlich der handchirurgischen Erstkontrolle im Spital F.____ vom 3. Mai 2023 stellte sich der Versicherte zur Stellungskontrolle sowie zur Anpassung einer Ergoschiene vor. Diagnostisch sei von einer wenig dislozierten, extraartikulären MC-V-Basisfraktur der rechten Hand ausgegangen worden. Die angelegte Handgelenksschiene sowie der Twin-Tape-Verband hätten sich in regelrechter Lage befunden. Fingerstreckung und Faustschluss seien zu diesem Zeitpunkt

noch vollständig möglich gewesen. Hinweise auf eine sekundäre Dislokation der Fraktur hätten nicht bestanden. Es sei eine Weiterführung der Schienung während vier Wochen empfohlen worden (Suva-Dok. 14).

5.3 Im Rahmen der handchirurgischen Kontrolluntersuchung vom 13. Juni 2023 habe die radiologische Verlaufskontrolle eine konsolidierte Fraktur ohne Hinweise auf eine sekundäre Dislokation gezeigt. Klinisch habe der Versicherte trotz regelmässigen Tragens der Schiene, deren wiederholter Anpassung sowie begleitender ergotherapeutischer Behandlung weiterhin über Beschwerden im Bereich des fünften Mittelhandknochens rechts berichtet. Bei der Untersuchung habe sich eine diffuse Schwellung im dorsoulnaren Bereich der Mittelhand sowie eine Druckdolenz über dem proximalen MC-V gezeigt. Ferner habe ein inkompletter Faustschluss mit einem Fingerkuppen-Hohlhandabstand von 3 cm bei eingeschränkter Beweglichkeit des MCP-V-Gelenks bestanden. Die Fingerstreckung sei demgegenüber vollständig möglich gewesen. Aufgrund der vollständigen knöchernen Konsolidierung sei zur Verbesserung der Beweglichkeit ein Abtrainieren der Schiene empfohlen worden (Suva-Dok. 20).

5.4 Aus dem Sprechstundenbericht des Spitals F.____ vom 18. Juli 2023 geht hervor, dass weiterhin ein protrahierter Rehabilitationsverlauf mit persistierender Bewegungseinschränkung des rechten Kleinfingers bestanden habe. Klinisch habe sich ein inkompletter Faustschluss mit einem Palma-Manus-Abstand von knapp 1 cm gezeigt, wobei die Beugehemmung passiv vollständig redressierbar gewesen sei. Zur weiteren Behandlung seien die Fortführung der Ergotherapie sowie Dehnungsübungen empfohlen worden (Suva-Dok. 25).

5.5 Anlässlich der weiteren handchirurgischen Kontrolle vom 21. Juli 2023 wurde die persistierende Flexionsblockade des Grundgelenks des rechten Kleinfingers erneut beurteilt. Zur weiteren Abklärung erfolgte eine Computertomographie (Verity-CT) der rechten Hand. Diese habe eine konsolidierte Basisfraktur des fünften Mittelhandknochens rechts gezeigt. Ferner seien eine mässige Rhizarthrose mit Subluxation nach radial sowie eine beginnende Arthrose des Skapho-Trapezio-Trapezoid-Gelenks (STT-Arthrose), eine Radiokarpalarthrose und eine Pisotriquetralarthrose beschrieben worden. Nach Einschätzung der behandelnden Ärzte sei die Bewegungseinschränkung des MCP-V-Gelenks am ehesten auf die langdauernde Ruhigstellung zurückzuführen gewesen. Entsprechend sei eine Intensivierung der ergotherapeutischen Behandlung unter Einsatz eines Flexionsquengels empfohlen worden (Suva-Dok. 28 und 50).

5.6 Bei der weiteren handchirurgischen Kontrolle vom 29. August 2023 diagnostizierten die behandelnden Ärzte bei konsolidierter extraartikulärer MC-V-Basisfraktur rechts eine ruhigstellungsbedingte arthrogene Bewegungseinschränkung des MCP-V-Gelenks. Der Versicherte habe über eine persistierende Flexionsblockade dieses Gelenks sowie über eine dadurch bedingte Einschränkung in seiner beruflichen Tätigkeit berichtet. Klinisch habe sich sowohl aktiv als nun auch passiv eine Flexionsblockade ab 50° Flexion gezeigt. Die radiologische Untersuchung habe demgegenüber keinen Hinweis auf eine ossäre Blockade des MCP-V-Gelenks ergeben. Aufgrund der fortbestehenden Beschwerden sei die Ergotherapie für weitere sechs Wochen fortgeführt und im Falle eines ausbleibenden Behandlungserfolgs eine erneute handchirurgische Beurteilung mit allfälliger Planung einer Arthrolyse vorgesehen worden (Suva-Dok. 33).

5.7 Anlässlich der handchirurgischen Sprechstunde vom 10. Oktober 2023 wurde die persistierende Flexionsblockade des MCP-V-Gelenks erneut thematisiert. Die behandelnden Ärzte seien zu diesem Zeitpunkt von einer unklaren Ätiologie der Bewegungseinschränkung ausgegangen, weshalb zur weiteren Abklärung für den Folgetag eine Magnetresonanztomographie (MRT) der rechten Hand veranlasst wurde (Suva-Dok. 47). Der bildgebenden Untersuchung zufolge hätten sich verdickte Kollateralbänder des MCP-V-Gelenks rechts ohne Kontinuitätsunterbrechung, eine radial betonte Gelenkspaltverschmälerung sowie eine vorwiegend volar verdickte Gelenkkapsel gezeigt. Daneben seien als Nebenbefund Zeichen eines oligosymptomatischen Hamatumspitzensyndroms erhoben worden. Bei der weiteren handchirurgischen Sprechstunde vom 19. Oktober 2023 wurden die Ergebnisse der MRT-Untersuchung mit dem Versicherten besprochen. Aufgrund des hochgradigen Verdachts auf eine arthrogene Genese der Bewegungseinschränkung sei eine Arthrolyse des betroffenen MCP-V-Gelenks als indiziert erachtet und der operative Eingriff auf den 20. November 2023 terminiert worden (Suva-Dok. 48 und 51).

5.8 In seiner versicherungsinternen Kurzbeurteilung vom 14. November 2023 nahm Dr. C.____ erstmals zur Kausalität zwischen der persistierenden Bewegungseinschränkung und dem Unfallereignis Stellung. Den radiologischen Befunden der MRT-Untersuchung vom 11. Oktober 2023 habe er sich nach eigener Sichtung der Bilder angeschlossen. Eine strukturelle, überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Läsion am MCP-V-Gelenk sei seiner Einschätzung zufolge jedoch nicht ausgewiesen. Die Fraktur des fünften Mittelhandknochens habe sich an dessen Basis im Bereich der Handwurzel befunden und sei nachweislich verheilt. Die nunmehr bestehende Bewegungseinschränkung betreffe demgegenüber das am anderen Ende des Mittelhandknochens gelegene MCP-V-Gelenk und sei damit frakturfern. Gestützt auf die MRT-Untersuchung sei daher ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der geplanten Arthrolyse zu verneinen (Suva-Dok. 58).

5.9 Am 20. November 2023 erfolgte die geplante operative Versorgung der persistierenden Beugehemmung. Durchgeführt wurden eine Arthrolyse des MCP-V-Gelenks über Sehnensplit sowie eine Strecksehnentenolyse. Als Indikation sei eine posttraumatisch arthrogene, progrediente Flexionsblockade bei ergotherapierefraktärem Verlauf festgehalten worden. Präoperativ habe eine MRT eine relevante Verklebung beziehungsweise eine posttraumatische Hämatombildung im Bereich der intrinsischen Muskulatur allerdings ausgeschlossen (Suva-Dok. 72).

5.10 Der zweiten versicherungsinternen Kurzbeurteilung von Dr. C.____ vom 15. Dezember 2023 zufolge habe sich die erlittene Fraktur in der MRT-Untersuchung vom 8. November 2023 als verheilt gezeigt und es seien keine überwiegend wahrscheinlichen strukturellen Unfallfolgen an der rechten Hand mehr ausgewiesen. Spätestens ab diesem Zeitpunkt sei deshalb aus versicherungsmedizinischer Sicht sowohl in zeitlicher als auch in leistungsmässiger Hinsicht wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Suva-Dok. 66).

5.11 Anlässlich der klinischen Verlaufskontrolle vom 4. Januar 2024, rund sechs Wochen nach der Operation, habe sich erneut eine persistierende Flexionsblockade des MCP-V-Gelenks gezeigt. Nach lediglich vorübergehender postoperativer Besserung habe der Versicherte über

eine subjektiv unveränderte Bewegungseinschränkung gegenüber dem präoperativen Zustand berichtet. Klinisch habe weiterhin ein Flexionsdefizit mit Druckdolenz dorsal über dem Gelenk bestanden. Die behandelnden Ärzte seien unverändert von einer arthrogenen Flexionsblockade ausgegangen und hätten die Weiterführung der Handtherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit empfohlen (Suva-Dok. 80).

5.12 Auch bei den weiteren handchirurgischen Verlaufskontrollen vom 15. Februar 2024 und 16. Mai 2024 habe sich trotz intensiver ergotherapeutischer Behandlung eine persistierende Flexionsblockade des MCP-V-Gelenks gezeigt. Im Vergleich zu den Voruntersuchungen sei teilweise sogar eine Verschlechterung des Bewegungsumfangs dokumentiert worden. Aufgrund der ausbleibenden Beschwerdebesserung sei schliesslich die Indikation für einen erneuten operativen Eingriff mittels Tenolyse und Arthrolyse gestellt worden (Suva-Dok. 149 und 150).

5.13 In seiner versicherungsinternen Aktenbeurteilung vom 15. März 2024 setzte sich Dr. C.____ mit dem bisherigen Behandlungsverlauf auseinander. Er verwies zunächst auf die handchirurgische Erstkontrolle vom 3. Mai 2023, anlässlich welcher bei regelrechter Lage der Handgelenksschiene und des Twin-Tape-Verbands eine vollständige Fingerstreckung und ein vollständiger Faustschluss dokumentiert worden seien. Nach seiner Einschätzung sei eine Ruhigstellung gemäss aktuellem medizinischem Wissensstand längstens während sechs Wochen erforderlich gewesen, was sich mit dem am 3. Mai 2023 vorgesehenen Behandlungsprozedere gedeckt habe. Nachdem sich die Fraktur anlässlich der Kontrolle vom 13. Juni 2023 radiologisch als vollständig konsolidiert gezeigt habe, sei das empfohlene Abtrainieren der Schiene indiziert gewesen. Hinsichtlich der im weiteren Verlauf aufgetretenen Bewegungseinschränkung führte Dr. C.____ aus, bei der Untersuchung vom 18. Juli 2023 habe zwar aktiv eine leichte Bewegungseinschränkung des Kleinfingers bestanden, passiv sei diese jedoch vollständig redressierbar gewesen. Dieser Befund vermöge eine weitere Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Isoleur nicht zu begründen. Zudem habe die CT-Untersuchung vom 21. Juli 2023 die knöcherne Konsolidierung der Fraktur bestätigt und keine akute Läsion gezeigt. Auch die nachfolgenden Abklärungen hätten keine Hinweise auf eine unfallbedingte strukturelle Ursache der Bewegungseinschränkung ergeben. So hätten weder die MRT-Untersuchung noch die Operationsdokumentation Hinweise auf unfallbedingte Vernarbungen, relevante Verklebungen oder eine posttraumatische Hämatombildung ergeben. Dies widerspreche nach seiner Auffassung der Annahme einer unfallkausalen Läsion am MCP-V-Gelenk, weshalb die bestehende Flexionsblockade mit arthrogener Genese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einer unfallfremden Ursache beruhe. Zusammenfassend sei spätestens ab dem 18. Juli 2023 wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Isoleur sowie vom Erreichen des medizinischen Endzustands auszugehen (Suva-Dok. 110).

5.14 Am 1. Juli 2024 erfolgte eine erneute Tenolyse und Arthrolyse des MCP-V-Gelenks sowie des fünften Strahls streckseitig rechts. Als Indikation sei eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung des nahezu steifen MCP-V-Gelenks mit erheblicher funktioneller Einschränkung im Alltag festgehalten worden (Suva-Dok. 154). Anlässlich der Nachkontrolle vom 15. August 2024 berichteten die behandelnden Ärzte über einen sehr guten postoperativen Verlauf. Sechs Wochen nach der Operation habe sich die Beweglichkeit deutlich verbessert. Die verbliebene

Weichteilschwellung sei als Ausdruck eines Sehnenkallus interpretiert worden. Aus handchirurgischer Sicht sei der Versicherte ab diesem Zeitpunkt wieder als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt worden; weitere Verlaufskontrollen seien nicht mehr vorgesehen gewesen (Suva-Dok. 151).

5.15 In ihrer chirurgisch-versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 27. September 2024 befasste sich Dr. D.____ insbesondere mit der konservativen Behandlung der erlittenen Fraktur. Gemäss den von ihr zusätzlich eingeholten Angaben der Ergotherapie im Spital E.____ sei der Versicherte vom 3. Mai bis ungefähr zum 16. Juni 2023 und damit während mehr als sieben Wochen mit einem Metacarpale-Brace mit Handgelenkseinschluss und zusätzlicher Syndaktylie versorgt worden. Diese Dauer der Ruhigstellung sei für die vorliegende Fraktur des fünften Mittelhandknochens sehr lange gewesen. Darüber hinaus sei auch die Notwendigkeit der zusätzlichen Syndaktylie in Frage zu stellen. Während die Finger in einem Metacarpale-Brace mit Handgelenkseinschluss grundsätzlich frei bewegt werden könnten, werde bei der zusätzlich angelegten Syndaktylie der Kleinfinger mittels einer Stoffschlaufe an den Ringfinger geschient, sodass beide Finger nur noch gemeinsam bewegt werden könnten. Nach ihrer Auffassung führe diese zusätzliche Fingerschienung dazu, dass die verbundenen Finger tendenziell weniger bewegt würden und in Beugestellung verharrten. Dieser Mechanismus vermöge die nach der mehrwöchigen Schienung aufgetretene Beugekontraktur des rechten Kleinfingers zu erklären. Andere Pathologien, insbesondere eine Beugesehnenproblematik, lägen im Bereich des rechten Kleinfingers nicht vor. Demgegenüber seien die Seitenbänder auf Höhe des MCP-V-Gelenks verdickt und würden die bestehende Beugekontraktur in ihrer Stellung erhalten. Vor diesem Hintergrund seien die über den 8. November 2023 hinaus bestehenden Beschwerden nach Einschätzung von Dr. D.____ überwiegend wahrscheinlich sekundär unfallkausal und auf die konservative Behandlung der unfallbedingten Fraktur zurückzuführen. Schliesslich wies sie darauf hin, dass mit der zweiten Operation vom 1. Juli 2024 eine massgebende Verbesserung der Beweglichkeit des rechten Kleinfingers habe erreicht werden können (Suva-Dok. 134).

5.16 Mit den Ausführungen von Dr. D.____ setzte sich Dr. C.____ in seiner versicherungsinternen Aktenbeurteilung vom 21. Mai 2025 auseinander. Hinsichtlich der von ihr beanstandeten Dauer der Schienung verwies er auf das beigezogene Handtherapie-Behandlungsschema der Spitäler E.____ und F.____, wonach die Schiene bei entsprechendem Röntgenbefund zwischen der fünften und achten Woche weggelassen werden könne. Da beim Versicherten das Abtrainieren der Schiene nach sieben Wochen und zwei Tagen bei entsprechendem Röntgenbefund erfolgt sei, habe die Behandlung dem vorgesehenen Schema entsprochen. Der von Dr. D.____ vertretenen Auffassung, die Beugehemmung sei als indirekte Unfallfolge auf die konservative Behandlung zurückzuführen, könne daher nicht gefolgt werden. Soweit Dr. D.____ auf die verdickten Seitenbänder im Bereich des MCP-V-Gelenks hingewiesen habe, sei diesem Befund zwar nicht zu widersprechen. Die an der Basis des fünften Mittelhandknochens erlittene Fraktur vermöge einen verdickten Bandapparat am MCP-V-Gelenk jedoch nicht zu erklären. Wäre die Verdickung demgegenüber auf die prolongierte Ruhigstellung zurückzuführen, wäre eine vergleichbare Problematik auch am ebenfalls ruhiggestellten Ringfinger zu erwarten gewesen. Die Ursache der Beugehemmung sei weiterhin unklar. In Kenntnis der neu eingegangenen medizinischen Unterlagen sei daher an den bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen

festzuhalten, wonach die persistierenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien (Suva-Dok. 168).

5.17 Zuletzt nahm Dr. C.____ am 11. August 2025 nochmals spezifisch zur Frage Stellung, ob die Flexionsblockade des rechten Kleinfingers auf die Versorgung mittels Syndaktylie zurückzuführen sei. Dabei führte er aus, die Verbindung des verletzten Fingers mit einem benachbarten unverletzten Finger diene der funktionellen Stabilisierung und solle kontrollierte Bewegungen des verletzten Fingers gerade fördern und nicht verhindern. Bewege sich der gesunde Finger, werde der verletzte Finger mitbewegt, wodurch eine frühzeitige Mobilisierung ermöglicht und einer Einsteifung entgegengewirkt werde. Die von Dr. D.____ vertretene Auffassung, wonach die zusätzliche Fingerschienung die eingetretene Beugekontraktur des rechten Kleinfingers erkläre, vermöge daher nicht zu überzeugen. Ein überwiegend wahrscheinlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen der Versorgung mittels Syndaktylie und der Flexionsblockade des rechten Kleinfingers sei zu verneinen (Suva-Dok. 170).

6. Gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen abzustellen, solange keine – auch nur geringen – Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Bereits geringe Zweifel genügen hingegen, um ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich erscheinen zu lassen (vgl. E. 4.3 hiervor). Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Einspracheentscheid vorwiegend auf die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen ihres Kreisarztes Dr. C.____. Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, vermögen diese Aktenbeurteilungen die gegen sie erhobenen Einwände jedoch nicht zu entkräften, weshalb zumindest geringe Zweifel an ihrer Schlüssigkeit und Vollständigkeit bestehen.

6.1 Wie bereits dargelegt, stützte sich die Suva in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen durch Dr. C.____. Dieser begründet die fehlende Unfallkausalität der persistierenden Bewegungseinschränkung zusammenfassend damit, dass die Fraktur des fünften Mittelhandknochens knöchern vollständig konsolidiert gewesen sei und die Bewegungseinschränkung ein frakturfernes Gelenk betreffe. Darüber hinaus hätten weder die bildgebenden Untersuchungen noch die Operationsdokumentation Hinweise auf unfallbedingte strukturelle Veränderungen im Bereich des MCP-V-Gelenks ergeben (vgl. E. 5.8, 5.10 und 5.13 hiervor). Auch unter Berücksichtigung der abweichenden Beurteilung von Dr. D.____ hielt Dr. C.____ an dieser Einschätzung fest. Hinsichtlich der Dauer der Ruhigstellung verwies er darauf, dass das Abtrainieren der Schiene nach rund sieben Wochen dem beigezogenen Handtherapie-Behandlungsschema der Spitäler E.____ und F.____ entsprochen habe. Auch einen Zusammenhang zwischen der zusätzlich angelegten Syndaktylie und der persistierenden Beugehemmung verneinte er. Die Syndaktylie diene gerade der funktionellen Stabilisierung und ermögliche eine frühzeitige Mobilisierung des verletzten Fingers. Wäre die Beugehemmung demgegenüber auf die prolongierte Ruhigstellung zurückzuführen, hätte nach seiner Auffassung eine vergleichbare Problematik auch am ebenfalls ruhiggestellten Ringfinger auftreten müssen (vgl. E. 5.16 und 5.17 hiervor).

6.2.1 Wenn Dr. C.____ den Standpunkt vertritt, die Fraktur des fünften Mittelhandknochens sei knöchern vollständig konsolidiert gewesen und die persistierende Bewegungseinschränkung

betreffe ein frakturfernes Gelenk, lässt sich allein aus diesen Umständen das Fehlen der Unfallkausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ableiten. Zwar lag die Fraktur im Bereich der Basis des fünften Mittelhandknochens, während sich die Bewegungseinschränkung am MCP-V-Gelenk manifestierte. Beide Strukturen gehören jedoch zur funktionellen und anatomischen Einheit des fünften Strahls der Hand, weshalb die unterschiedliche Lokalisation für sich allein den Schluss auf eine fehlende Unfallkausalität nicht zu tragen vermag. Auch die zwischenzeitlich eingetretene knöcherne Konsolidierung der Fraktur schliesst das Fortbestehen unfallbedingter funktioneller Beeinträchtigungen nicht ohne Weiteres aus. Der Umstand, dass sich die späteren Beschwerden nicht unmittelbar im Bereich der ursprünglichen Fraktur manifestieren, kann deshalb ohne eine weitergehende medizinische Begründung für sich genommen die Annahme einer unfallfremden Ursache nicht rechtfertigen.

6.2.2 Hinzu kommt, dass sich Dr. C.____ mit Ausnahme der knöchern konsolidierten Fraktur mit den übrigen erhobenen Befunden nicht auseinandersetzt. So zeigten die bildgebenden Untersuchungen vom 11. Oktober 2023 insbesondere auch verdickte Kollateralbänder des MCP-V-Gelenks, eine vorwiegend volar verdickte Gelenkkapsel, eine radial betonte Gelenkspaltverschmälerung sowie Zeichen eines Hamatumspitzensyndroms. Gestützt auf die erhobenen Befunde gingen die behandelnden Handchirurgen von einem hochgradigen Verdacht auf eine arthrogene Genese der Bewegungseinschränkung aus und stellten die Indikation zur Arthrolyse (vgl. E. 5.7 hiervor). Weshalb diese Befunde für die Beurteilung der Unfallkausalität ohne Bedeutung sein sollen, wird in den Aktenbeurteilungen von Dr. C.____ nicht näher dargelegt.

6.2.3 Der Suva ist zwar darin beizupflichten, dass aus dem blossen zeitlichen Auftreten einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nach einem Unfall nicht ohne Weiteres auf deren Unfallkausalität geschlossen werden darf. Diese Argumentation beruht auf der unzulässigen Beweisformel *post hoc, ergo propter hoc*, wonach eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung ist im Bereich der Unfallversicherung nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung unzulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Unbestritten ist sodann, dass die Beschwerdegegnerin die genaue Ursache der Beschwerden nicht konkret nachzuweisen hat (vgl. E. 3.3 hiervor). Dies entbindet sie indessen nicht davon, den Wegfall der natürlichen Unfallkausalität auf eine schlüssige medizinische Beurteilung zu stützen. Daran fehlt es vorliegend. Weder die knöcherne Konsolidierung der Fraktur noch die frakturferne Lokalisation der Beschwerden sind ohne eine hinreichende Auseinandersetzung mit den übrigen erhobenen Befunden geeignet, den Wegfall der natürlichen Unfallkausalität zu begründen.

6.3.1 Ebenfalls nicht vollständig zu überzeugen vermögen die Aktenbeurteilungen von Dr. C.____, soweit sie sich mit den Einwänden betreffend die konservative Frakturbehandlung auseinandersetzen. Dr. D.____ führte die persistierende Beugehemmung überwiegend wahrscheinlich auf die Dauer und Art der Ruhigstellung im Rahmen der Schienung zurück und qualifizierte die fortbestehenden Beschwerden als sekundäre Unfallfolge (vgl. E. 5.15 hiervor). Ergäbe sich zwischen der unfallbedingten Heilbehandlung und den fortbestehenden Beschwerden ein

natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang, käme eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG in Betracht (vgl. E. 3.1 hiervor).

6.3.2 Hinsichtlich der Dauer der Ruhigstellung führt Dr. C.____ aus, das Abtrainieren der Schiene nach rund sieben Wochen habe dem Handtherapie-Behandlungsschema der Spitäler E.____ und F.____ entsprochen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl Dr. D.____ als auch die behandelnden Handchirurgen die Möglichkeit erwähnten, die persistierende Beugehemmung könne auf eine zu lange Schienung zurückzuführen sein (Suva-Dok. 28 und 33). Die Kritik von Dr. D.____ beschränkt sich indessen nicht nur auf die Dauer der Ruhigstellung, sondern stellt insbesondere auch die konkret gewählte Schienungsform in Frage.

6.3.3 Fraglich ist in diesem Zusammenhang nun aber, ob die konkret gewählte Form der Schienung der diagnostizierten Fraktur überhaupt entsprochen hat. Dem von Dr. C.____ beigezogenen Handtherapie-Behandlungsschema lässt sich entnehmen, dass eine Schaftfraktur mittels Brace mit zusätzlicher Syndaktylie versorgt wird, während bei einer Basisfraktur lediglich eine Brace mit Handgelenkseinschluss vorgesehen ist (Suva-Dok. 166). Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass zunächst eine proximale Schaftfraktur diagnostiziert wurde. Im weiteren Behandlungsverlauf gingen die behandelnden Ärzte jedoch durchgehend von einer Basisfraktur des fünften Mittelhandknochens aus (vgl. E. 5.1 ff. hiervor). Von einer Basisfraktur gehen letztlich auch Dr. C.____ sowie Dr. D.____ in ihren Ausführungen aus. Trifft diese Diagnose zu, wäre nach dem beigezogenen Behandlungsschema lediglich eine Brace mit Handgelenkseinschluss, nicht jedoch eine zusätzliche Syndaktylie vorgesehen gewesen. Mit dieser von Dr. D.____ ausdrücklich aufgezeigten Problematik setzt sich Dr. C.____ in seinen Aktenbeurteilungen vom 21. Mai und 11. August 2025 indessen nicht näher auseinander. Er beschränkt sich im Wesentlichen auf die Feststellung, die Entfernung der Schiene nach rund sieben Wochen habe dem Handtherapie-Behandlungsschema entsprochen. Damit beantwortet er jedoch lediglich die Frage nach der Dauer der Ruhigstellung, nicht aber nach deren Eignung generell. Aus seinen Ausführungen ergibt sich insbesondere weder, dass die zusätzlich angelegte Syndaktylie mit Blick auf die im weiteren Verlauf diagnostizierte Basisfraktur dem beigezogenen Behandlungsschema entsprach, noch weshalb die persistierende Beugehemmung deshalb nicht im Zusammenhang mit der unfallbedingten Heilbehandlung steht.

6.3.4 Dieses Abklärungsdefizit fällt umso mehr ins Gewicht, als die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 3 UVG nicht voraussetzt, dass die Heilbehandlung fehlerhaft erfolgt ist. Nach der Rechtsprechung sind vielmehr auch Schädigungen versichert, welche die versicherte Person im Rahmen der unfallbedingten Heilbehandlung erleidet. Weder bedarf es hierfür eines Behandlungsfehlers oder Kunstfehlers noch einer objektiven Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht; vielmehr genügt, dass zwischen der Heilbehandlung und der geltend gemachten Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_756/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 4). Mit Blick auf diese entscheidende Frage vermögen die Aktenbeurteilungen von Dr. C.____ die von Dr. D.____ erhobenen Einwände nicht zu entkräften.

6.3.5 Das weitere Vorbringen von Dr. C.____, wonach bei einer durch die Ruhigstellung verursachten Beugehemmung eine entsprechende Problematik auch am ebenfalls ruhiggestellten Ringfinger hätte auftreten müssen, vermag ebenso wenig zu überzeugen. Dabei bleibt nämlich unberücksichtigt, dass zwischen den beiden Fingern insofern ein wesentlicher Unterschied besteht, als ausschliesslich der Kleinfinger vom Unfallereignis und von der dadurch verursachten Fraktur betroffen war. Die Ausgangslage der beiden Finger war damit nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund ist allein der Umstand, dass am Ringfinger keine entsprechende Beugehemmung auftrat, nicht geeignet, einen Zusammenhang zwischen der Schienung und den fortbestehenden Beschwerden des verletzten Kleinfingers schlüssig auszuschliessen.

6.4 Zusammenfassend bestehen in Anbetracht der strengen beweisrechtlichen Anforderungen an versicherungsinterne Aktenbeurteilungen zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit und Vollständigkeit der Beurteilungen von Dr. C.____. Diese vermögen den Wegfall der natürlichen Unfallkausalität nicht überzeugend zu begründen. Die sachverhaltlichen Abklärungen der Beschwerdegegnerin erweisen sich damit als unzureichend.

7. Abschliessend fällt zusätzlich der von der Suva gewählte Einstellungszeitpunk ins Auge. Mit Schreiben vom 8. November 2023 stellte sie ihre Versicherungsleistungen mit explizitem Verweis auf die bevorstehende Operation vorsorglich per 20. November 2023 ein und kündigte weitere medizinische Abklärungen an. Nach Einholung versicherungsinterner Stellungnahmen schloss sie den Schadenfall mit Schreiben vom 21. Dezember 2023 per 20. November 2023 ab und verweigerte insbesondere die Übernahme der Kosten für die noch am gleichen Tag durchgeführte Operation. Dieses Schreiben zog sie am 10. Januar 2024 zwar vollumfänglich zurück, hielt im Ergebnis aber weiterhin daran fest, dass die über den 8. November 2023 hinaus geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien und die Versicherungsleistungen deshalb rückwirkend per 8. November 2023 einzustellen seien. Eine anfechtbare Verfügung erliess sie indessen erst auf Verlangen der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers am 2. Oktober 2024. Dabei stützte sie sich im Wesentlichen darauf, dass die Fraktur spätestens im Zeitpunkt der MRT-Untersuchung vom 8. November 2023 knöchern verheilt gewesen sei und keine überwiegend wahrscheinlichen strukturellen Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten. Vor diesem Hintergrund erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewählte Einstellungszeitpunkt eher ergebnisorientiert und mithin auch in zeitlicher Hinsicht fragwürdig. Einer abschliessenden Beurteilung dieses Aspektes bedarf es indessen nicht, da sich die Beschwerde bereits aus den vorgängigen Erwägungen als begründet erweist.

8. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann das Sozialversicherungsgericht nicht frei entscheiden, ob es eine Streitsache an die Verwaltung zurückweist. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Vorliegend bestehen indessen zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit und Vollständigkeit der versicherungsinternen Aktenbeurteilungen von Dr. C.____. Da die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt hat und es nicht Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im

Verwaltungsverfahren unterbliebene medizinische Abklärungen nachzuholen, rechtfertigt sich eine Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin. Diese wird die Unfallkausalität der über den 8. November 2023 hinaus geklagten Beschwerden der rechten Hand durch ein versicherungsexternes Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser ergänzenden medizinischen Abklärungen wird sie anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2. Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat in ihrer Honorarnote vom 6. November 2025 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden und 10 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen anzusehen ist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Da auch die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 55.-- nicht zu beanstanden sind, ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'266.50 (8 Stunden und 10 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 55.-- + 8,1% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 27. August 2025 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zum Erlass einer neuen Verfügung an die Suva zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2`266.50 (inkl. Auslagen und 8,1% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.