



**Fall-Nr.:** UV 2010/17  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.03.2020  
**Entscheiddatum:** 28.01.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.01.2011**

**Art. 6 UVG: Rückweisung zur Abklärung des Vorliegens unfallkausaler organischer Gesundheitsschäden, insbesondere eines CRPS Typ I (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Januar 2011, UV 2010/17).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 28. Januar 2011

in Sachen

L.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Niedermann, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1962 geborene L.\_\_\_\_ war seit Mitte Juni 2002 als Maschinenführer für die A.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 16. Juni 2005 mit der dominanten rechten Hand in eine Stanzmaschine geriet und sich dabei die Finger II-V verletzte (Suva-act. 1, 3). Der Versicherte wurde gleichentags in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) auf Grund einer diagnostizierten komplexen Quetschverletzung der rechten Hand mit Nagelkranzfraktur und Nagelluxation des Zeigefingers, einer ausgedehnten Hautweichteilverletzung mit Abhebung eines proximal gestielten palmaren Hautweichteillappens am Mittelfinger, einer Trümmerfraktur der Mittelphalanx sowie des Grundphalanxkopfs mit Destruktion des PIP am Ringfinger sowie einer intraartikulären Endgelenkfraktur mit Beteiligung der End- und Mittelphalanx des Kleinfingers operiert (Suva-act. 3). Infolge eines Infekts am Mittelfinger wurde am 3. Juli 2005 ein Débridement durchgeführt (Suva-act. 5). Nach einer Hospitalisation bis 8. Juli 2005 hielten die behandelnden Ärzte im Austrittsbericht vom 13. Juli 2005 fest, dass insgesamt von einer bleibenden Bewegungseinschränkung auszugehen sei (Suva-act. 7). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

A.b Am 8. November 2005 wurde der Versicherte durch Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ untersucht (Suva-act. 18). Vom 5. Dezember 2005 bis 11. Januar 2006 war er in der Rehaklinik Bellikon hospitalisiert (Suva-act. 32, 47). Am 12. Januar 2006 nahm er bei seiner Arbeitgeberin eine leichte Tätigkeit auf, brach diese nach zwei Stunden wegen Schmerzen aber wieder ab (Suva-act. 33). Ab dem 30. Januar 2006 hielt der Versicherte eine 50%ige Präsenzzeit bei 30%iger Leistungsfähigkeit ein, wobei letztere in der Folge gesteigert werden konnte (Suva-act. 43, 48, 49 S. 8).

A.c Wegen Beschwerden im dorsoradialen Handgelenksbereich unterzog sich der Versicherte am 18. Mai 2006 im KSSG einer Synovialektomie, deren Kostenübernahme die Suva bereits im Vorfeld abgelehnt hatte (Suva-act. 66, 67).



## St.Galler Gerichte

A.d Auf Grund seiner Begutachtung vom 26. September 2006 beurteilte Dr. med. C.\_\_\_\_, Handchirurgie, mit Bericht vom 10. Oktober 2006, dass die Beschwerden des Versicherten glaubhaft, der Endzustand erreicht und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt sei (Suva-act. 95, 100). Am 28. November 2006 untersuchte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, den Versicherten. Er diagnostizierte ein Schmerzsyndrom, das letztlich organisch zu erklären sei im Sinn eines kausalgieform bedingten Schmerzsyndroms bei Status nach peripherer Nervenverletzung der rechten Hand (Suva-act. 107). Mit Bericht des KSSG vom 16. Februar 2007 schloss Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie, die Behandlung des Versicherten bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% vorerst ab (Suva-act. 117).

A.e Am 22. Mai 2007 untersuchte Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, den Versicherten. Für ihn sei nicht nachvollziehbar, dass das Arbeitspensum von 50% nicht gesteigert werden könne (Suva-act. 128). Am 15. Januar 2008 wurde der Versicherte durch die SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fachärztlich untersucht. Beide gingen von einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 75% aus (Suva-act. 163, 164).

A.f Gestützt auf die Berichte ihrer Versicherungsmediziner sprach die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 15. Juli 2008 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 18% sowie eine Integritätsentschädigung auf Grund einer Integritätseinbusse von 12% zu (Suva-act. 200).

B.

B.a Am 16. Juli 2008 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Niedermann, St. Gallen, gegen diese Verfügung Einsprache und ergänzte sie mit Begründung vom 3. November 2008 (Suva-act. 202, 223). Unterdessen hatte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per 31. Dezember 2008 gekündigt (Suva-act. 208).



## St.Galler Gerichte

B.b Mit Schreiben vom 29. Oktober 2009 eröffnete die Suva dem Versicherten die Möglichkeit eines Einspracherückzugs, da sie den Invaliditätsgrad andernfalls im Sinn einer reformatio in peius herabsetzen werde (Suva-act. 233). Nach Ablauf der Frist wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 2. Februar 2010 ab und senkte den Invaliditätsgrad, der als Grundlage der umstrittenen Invalidenrente diene, von 18% auf 12% (Suva-act. 241).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die vom Rechtsanwalt des Versicherten am 5. März 2010 erhobene Beschwerde mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. Februar 2010 sei zusammen mit der Verfügung vom 15. Juli 2008 aufzuheben, insofern darüber hinausgehende Versicherungsleistungen verneint würden. Eventualiter sei die Angelegenheit im Sinn der nachstehenden Ausführungen zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Dem Beschwerdeführer sei ausserdem die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung durch den unterzeichnenden Rechtsanwalt zu gewähren; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

C.b Mit Schreiben vom 14. April 2010 bewilligte der Präsident des Versicherungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsverteidigung durch Rechtsanwalt Niedermann (act. G 7).

C.c Am 14. Juni 2010 präzisierte Rechtsanwalt Niedermann seine Rechtsbegehren in dem Sinn, als dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 56% und eine Integritätsentschädigung von mindestens 40% auszurichten seien; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Seiner Beschwerdeergänzung legte er eine Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2010 bei (act. G 10.1/3, G 12.1).

C.d Mit Beschwerdeantwort vom 5. August 2010 beantragte die durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Bachmann, Luzern, vertretene Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung ihres Einspracheentscheids.



C.e Der Beschwerdeführer verzichtete mit Schreiben vom 23. September 2010 auf die Einreichung einer Replik. Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin infolge des Unfalls vom 16. Juni 2005 höhere Versicherungsleistungen als diejenigen gestützt auf einen Invaliditätsgrad und eine Integritätseinbusse von je 12% zu erbringen hat.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Grundlagen des Anspruchs auf Leistungen der Unfallversicherung zutreffend dargetan (Erwägung 1). Darauf kann verwiesen werden.

2.2 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a und 121 V 210 E. 6c, je mit Hinweisen).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Dieser verlangt, dass Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen haben. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das



gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis; BGE 122 V 157 E. 3c S. 160f. mit Hinweisen; RKUV 4/2000 KV 124 S. 214f.). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, 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. 353f. mit Hinweis). Art. 8 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 U 281 E. 1a S. 281f.).

3.

3.1 Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Liegt kein solches vor, wird häufig davon ausgegangen, dass der Schmerz durch eine psychische Komponente unterhalten wird. Darüber hinaus gibt es aber auch anerkannte Schmerzsyndrome, wie das CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom), die eintreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie,



Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 695ff.). Gemäss Austrittsbericht des KSSG vom 13. Juli 2005 erlitt der Beschwerdeführer eine komplexe Quetschverletzung der rechten Hand mit Nagelkranzfraktur und Nagelluxation des Zeigefingers, eine ausgedehnte Hautweichteilverletzung mit Abkippung eines proximal gestielten palmaren Hautweichteillappens am Mittelfinger, eine Trümmerfraktur der Mittelphalanx sowie des Grundphalanxkopfs mit Destruktion des PIP am Ringfinger sowie eine intraartikuläre Endgelenksfraktur mit Beteiligung der End- und Mittelphalanx des Kleinfingers (Suva-act. 7). Nach operativer Behandlung am Unfalltag (Suva-act. 3) zeigten die Röntgenbilder vom 4. August 2005 eine Konsolidierung der Fraktur am Kleinfinger sowie eine zunehmende Durchbauung der Arthrodesezone am Ringfinger (Suva-act. 9). Laut dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 3. Februar 2006 war auf den seitlichen ap-Aufnahmen vom 20. Dezember 2005 noch keine Konsolidation des IV. Fingers rechts auszumachen. Auf den konventionellen Röntgenbildern vom 6. Januar 2006 zeigten sich arthrotische Veränderungen im PIP-Gelenk Dig. V rechts mit unregelmässiger Gelenkfläche der Mittelphalanx-Basis und Gelenkspaltverschmälerung (Suva-act. 47). Der Handchirurg Dr. C.\_\_\_\_ hielt im Gutachten vom 10. Oktober 2006 fest, dass von einem Endzustand auszugehen bzw. eine Verbesserung des Zustands nicht mehr zu erwarten sei. Die Verletzungen seien alle korrekt versorgt. Durch eine chirurgische und medikamentöse Intervention könne der Zustand kaum verbessert werden. Dies betreffe auch die Arbeitsfähigkeit. Es sei ein Glücksfall, dass der Beschwerdeführer 50% in seiner angestammten Firma an einer Maschine linkshändig arbeiten könne. Zwar sei die Tatsache etwas irritierend, dass er offensichtlich während vier Tagen (gemeint wohl: Stunden) eine volle Leistung erbringe. Auf die Frage, ob nicht auch eine ganztägige linkshändige Arbeitsbelastung möglich sei, habe der Beschwerdeführer jedoch Ermüdungserscheinungen auf beiden Seiten erwähnt, einerseits rechts wegen der Schmerzen und andererseits links, weil die linke Hand bzw. die linke Körperhälfte chronisch überfordert sei. Zudem würden sich auch die Schmerzmittel negativ auswirken. Dr. C.\_\_\_\_ erachtete die Beschwerden als glaubhaft und ging gestützt darauf von einem Schmerzsyndrom aus, was eine bekannte Folge von Quetschverletzungen sei und heftig sein könne. Oft entsprächen die Folgeschmerzen nicht unbedingt dem Ausmass der Verletzung. Auf Grund des Aktenstudiums, der Untersuchung und des längeren Gesprächs halte er eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als gerechtfertigt. Es bleibe zu hoffen, dass der Beschwerdeführer



weiterhin zu 50% arbeitsfähig bleibe (Suva-act. 100). Der Neurologe Dr. D.\_\_\_\_ schloss auf Grund seiner Untersuchungen vom 28. November 2006 eine periphere Nervus medianus Schädigung aus. Das Schmerzsyndrom sei jedoch organisch zu erklären im Sinn eines kausalgieform bedingten Schmerzsyndroms bei Status nach peripherer Nervenverletzung der rechten Hand. Neben dieser Schmerzursache bestehe mittlerweile ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit letztlich zentraler Beeinflussung entsprechender Schmerzzentren, was eine Therapie erschwere (Suva-act. 107).

3.2 Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ hielt darauf im Bericht vom 22. Mai 2007 fest, dass es deutliche Anzeichen für eine ausgeprägte Störung der Schmerzverarbeitung mit Symptomausweitung gebe, die aus seiner Sicht neben der vom Neurologen Dr. D.\_\_\_\_ festgestellten somatisch begründeten Schmerzproblematik bisher nicht ausreichend gewürdigt worden sei. Auch erkläre der Neurologe nicht, weshalb die Schmerzmittel keinen durchgreifenden Erfolg brächten, wenn er das Schmerzsyndrom als organisch verursacht erkläre (Suva-act. 128 S. 7f.). Der den Beschwerdeführer in der Folge begutachtende Versicherungsmediziner Dr. H.\_\_\_\_ hielt fest, dass bei seiner Untersuchung dieselben klinischen Befunde an der rechten Hand in unveränderter Form festgestellt werden konnten wie anlässlich der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ und der späteren kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. F.\_\_\_\_. Zusätzlich zu den für alle Ärzte gleichermassen objektivierbaren Unfallfolgen fänden sich jedoch auch nicht zu übersehende Hinweise auf eine Symptomausweitung bzw. auf Beschwerden, die sich nur teilweise mit den objektivierbaren Unfallfolgen erklären liessen. Dieses Mischbild zwischen Symptomausweitung und objektivierbarer Funktionsminderung (impairment) dürfte der Grund gewesen sein, weswegen die ärztlichen Beurteilungen im Hinblick auf die zu verwertende zumutbare Arbeitsfähigkeit zwischen Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ einerseits sowie Dr. F.\_\_\_\_ andererseits teilweise divergierten, obschon alle Ärzte denselben klinischen Befund an der rechten Hand gesehen hätten. Als Funktionsstörung, welche einer unfallfremden Symptomausweitung zugeordnet werden müsse, sei teilweise der Funktionsausschluss des rechten Arms und der Schulter zu sehen. Die deutliche Bewegungseinschränkung der rechten Schulter in allen Richtungen sei im Hinblick auf das Fehlen trophischer Störungen oder muskulärer Atrophien im Oberarm und Schultergürtelbereich organisch nicht erklärbar. Klinisch fänden sich keine Hinweise für eine Schulterpathologie, welche eine solche Funktionseinschränkung zu begründen vermöchte. Dr. D.\_\_\_\_ habe die Schmerzen an



der rechten Hand aus neurologischer Sicht als neuropathisch bzw. kausalgieform eingestuft. Was früher Kausalgie genannt worden sei, bezeichne man heute auf Grund der Nomenklatur der IASP (international association for the study of pain) als CRPS vom Typ II. Das CRPS II unterscheide sich vom Typ I einzig dadurch, dass der Erkrankung die Verletzung eines grösseren Extremitätennervs, meistens des Nervus ischiadicus oder Nervus medianus, vorausgegangen sei. Da die persistierenden Schmerzen an der rechten Hand des Beschwerdeführers den Kriterienkatalog für ein CRPS II nicht erfülle, könnten sie, auch wenn sie teilweise eine neuropathische Komponente aufwiesen, nicht als kausalgieforme Schmerzen im Sinn eines CRPS II interpretiert werden (Suva-act. 163). Der Neurologe Dr. G.\_\_\_\_ kam auf Grund der neurologischen Mituntersuchung des Beschwerdeführers zum Schluss, dass sich keine Hinweise für eine höhergradige Verletzung peripherer Nerven im Rahmen des Unfallereignisses ergeben hätten. Die Anamneseerhebung und der klinische Untersuchungsbefund seien nicht vereinbar mit einer radikulären Ursache der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden (im Sinn einer Störung einer zervikalen Nervenwurzel) und auch nicht vereinbar mit Schmerzen wie bei einem Karpaltunnelsyndrom. Der Schmerzcharakter mute auf Grund der Schilderung des Beschwerdeführers neuropathisch an, ein neuralgiformer Schmerz oder eine Allodynie habe in der Exploration des Beschwerdeführers nicht ermittelt werden können. Die Schlussfolgerungen Dr. D.\_\_\_\_s, dass als Beschwerdeursache vegetative Nervenfasern des Nervus medianus betroffen sein könnten, könne auf Grund der eigenen Befunderhebung nicht bestätigt werden. Eine isolierte Schädigung von vegetativen Fasern des Nervus medianus bei fehlenden Zeichen einer Schädigung der übrigen Anteile des Nervus medianus sei anatomisch nicht erklärbar. Somit sei auch ein Schmerzsyndrom, welches früher als "Kausalgie" bezeichnet worden sei, beim Versicherten als unwahrscheinliche Folge des Unfalls anzunehmen. Auch aus neurologischer Sicht liessen die Vorgeschichte und der aktuelle Befund ein CRPS Typ II als Folge einer zu Grunde liegenden peripheren Nervenverletzung nicht wahrscheinlich erscheinen (Suva-act. 164).

3.3 Die Röntgenaufnahmen vom 27. Juni 2008 zeigten eine komplett durchbaute Arthrodeuse, eine gute Schraubenlage im Kleinfinger und keine sekundäre Dislokation (Suva-act. 194). Gemäss Prof. E.\_\_\_\_ ist die immer wieder intermittierende 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von Seiten der Hand her jedoch nicht zu



vertreten (Suva-act. 194). Am 19. März 2010 nahm Dr. D.\_\_\_\_ zu der mit seinen Ausführungen divergierenden Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ im Sinn einer Präzisierung des neurologischen Sachverhalts im Untersuchungszeitpunkt vom 28. November 2006 Stellung. Er konkretisierte, dass mit der Elektroneurographie nur die bemarkten, aber nicht die unbemarkten Nervenfasern betroffen würden. Für eine solche Untersuchung müssten sogenannte schmerzevozierte Potentiale abgeleitet werden, welche aber nur in spezialisierten Instituten, jedoch nicht routinemässig, abgeleitet würden. Daraus ergebe sich, dass eine regelrechte Elektroneurographie des Nervus medianus in keiner Weise eine partielle Schädigung ausschliesse. Gerade der Nervus medianus führe sehr viele sogenannte C-Fasern zur vegetativen Innervation mit, so dass z.B. eine Kompression des Nervus medianus im Handgelenkbereich zu Schulterarmschmerzen führen könne. Zudem gebe es neben dem von Dr. G.\_\_\_\_ verneinten CRPS Typ II auch das CRPS Typ I, welches keine nachweisbare Nervenschädigung bedinge, aber dennoch klinische Beschwerden im Sinn eines CRPS verursache. Damit könne beim Beschwerdeführer letztendlich ein unfallbedingtes CRPS nicht ausgeschlossen werden. Im Weiteren seien Schulterarmschmerzen nach einer peripheren Nervenschädigung von distal gelegenen Nervenstrukturen wie z.B. am Karpaltunnel (Handgelenk) nicht ungewöhnlich. Durch Kompression des Nervus medianus im Handgelenkbereich könnten z.B. massive Schulterarmschmerzen auftreten. Diese seien dann nicht unbedingt im Sinn einer Symptomausweitung, im Sinn einer psychopathologischen Entwicklung, sondern als eine Ausweitung im Rahmen einer peripheren Nervenschädigung zu beurteilen. Auf die Frage, inwieweit eine dauerhafte relevante Einschränkung der Beeinträchtigung der körperlichen Integrität im Bereich des peripheren oder zentralen Nervensystems vorliegen könne, befand Dr. D.\_\_\_\_, es sei zu erwarten, dass sich im Verlauf klinische Beschwerden bessern liessen, insbesondere, wenn diese mit zentral wirksamen schmerzmodulatorischen Medikamenten behandelt würden. Es sei nicht unbedingt zu erwarten, dass eine dauerhafte Schädigung eintrete, vielmehr sei der Therapieverlauf abzuwarten (act. G 12.1).

3.4 Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen. Der Begriff fasst die **synonym** verwendeten Bezeichnungen Reflexdystrophie, Morbus **Sudeck**, Sudeck-Dystrophie, Algodystrophie und sympathische Reflexdystrophie zusammen, die nach vorliegendem Konsens nicht mehr benutzt werden. Die Krankheit ist dadurch gekennzeichnet, dass es nach äusserer



Einwirkung (z.B. Traumen, Operationen und Entzündungen) über längere Sicht zu einer **Dystrophie** und **Atrophie** von Gliedmassenabschnitten kommt.

Als **Symptome** treten Durchblutungsstörungen, Ödeme, Hautveränderungen, Schmerzen und schliesslich Funktionseinschränkungen auf (vgl. Wikipedia - Komplexes regionales Schmerzsyndrom; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2011, S. 1859). Obgleich - wie Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. Januar 2008 festhielt - die Diagnose eines CRPS Typ I zuvor von keinem der involvierten Handchirurgen gestellt worden war, und er die zu beobachtende leichte Abblassung der Hautfarbe in der rechten Handfläche gegenüber links und die messtechnisch nachweisbare kühlere Oberflächentemperatur an der rechten Hand durch den Mindergebrauch dieser Hand und nicht etwa als Folge einer durchgemachten Algodystrophie erklärte, wie auch die trophischen Störungen an den Fingern 3 - 5 als Folge der Weichteilverletzungen und nicht einer den Verlauf komplizierenden Algodystrophie sah, liegen auf Grund der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ dennoch wesentliche Anhaltspunkte vor, welche das Vorliegen eines durchgemachten CRPS Typ I als möglich in Betracht ziehen lassen. Somit können zwar angesichts der Aktenlage weder das Vorliegen eines CRPS Typ I noch das Bestehen einer peripheren Nervenschädigung mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejaht werden, auf Grund der widersprüchlichen ärztlichen Beurteilungen darf dies aber auch (noch) nicht dazu führen, den Beschwerdeführer den Nachteil dieser unklaren Beweislage tragen zu lassen. Vielmehr wäre die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (vgl. Erwägung 2.2) zur Vornahme weiterer Abklärungen hierzu verpflichtet gewesen. Dies wird sie daher durch eine unabhängige Fachperson nachzuholen haben. Erst wenn auch die weiteren Abklärungen den Nachweis organischer Schädigungen nicht erbringen könnten, müsste die Beweislosigkeit zu Ungunsten jener Partei, d.h. vorliegend des Beschwerdeführers, ausfallen, der diesfalls aus einem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (vgl. dazu BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4.

Dr. G.\_\_\_\_ warf im neurologischen Bericht vom 31. Januar 2008 die Möglichkeit einer dissoziativen Störung auf, welche bei tatsächlichem Vorliegen auch das Vorliegen einer psychogenen Sensibilitätsstörung und Kraftminderung im Bereich der rechten Hand



erklärbar machen könne. Eine Unfallkausalität einer solchen mutmasslichen dissoziativen Störung erscheine aus neurologischer Sicht jedoch eher unwahrscheinlich. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass der Beschwerdeführer eine funktionelle Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt habe, da eine deutliche Diskrepanz zwischen den organischen oder strukturellen Unfallfolgen und den vom Beschwerdeführer präsentierten Einschränkungen und Beschwerden bestehe (Suva-act. 164 S. 8). Zwar stützte auch Dr. D.\_\_\_\_ den Mechanismus einer gestörten zentralen Schmerzverarbeitung in seiner Stellungnahme vom 19. März 2010. Eine solche könne jedoch durchaus posttraumatischer Genese sein, was bei einem Schädigungstrauma mit Quetschtrauma sogar als wahrscheinlich anzunehmen sei. Letztendlich könnten sich schwere Quetschverletzungen ähnlich verhalten wie beispielsweise Amputationsverletzungen mit Phantomschmerz/Stumpfschmerz, die ebenfalls zentral, cerebral generiert würden. Nicht auszuschliessen sei, dass es im Rahmen eines chronifizierten Schmerzes im Verlauf zu einer fehlerhaften Schmerzverarbeitung komme, was allerdings ein sekundärer Schädigungsmechanismus wäre, der sich im Rahmen einer primären unfallbedingten Quetschverletzung im zeitlichen Verlauf entwickle (act. G 12.1). Damit gehen beide Neurologen zwar von einer möglichen Schmerzverarbeitungsstörung aus, widersprechen sich aber hinsichtlich der Frage ihres Ursprungs.

5.

Nachdem somit die Würdigung der gesamten Umstände betreffend das Vorliegen eines CRPS sowie einer partiellen Nervenschädigung ein medizinische Aktenbild aufzeigt, welches als unklar zu bezeichnen ist, erscheint es gerechtfertigt, diesbezüglich nochmals eine umfassende Abklärung durchzuführen und allenfalls die nötigen Untersuchungen durch Ableitung schmerzevozierter Potentiale vornehmen zu lassen. Dies insbesondere auch mit Blick auf die Adäquanzbeurteilung allfälliger psychischer Unfallfolgen. Treten nämlich in Folge eines nachgewiesenen CRPS sekundäre psychische Störungen hinzu, ist zu beachten, dass die Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, einem CRPS grundsätzlich zugestimmt werden muss und sich insofern das Erfordernis einer Begutachtung ergibt (vgl. dazu E. Wehking: Das komplexe regionale Schmerzsyndrom [CRPS] in Abgrenzung psychogener Störungen, in: Versicherungsmedizin 59 [2007] Heft 1; Urteil des Versicherungsgerichts des Kanton



St. Gallen vom 27. Juli 2007 i/S G.V. [2006/89] und vom 18. Oktober 2005 i/S K.M. [UV 2005/28]). Hinzu kommt, dass exzessive Dauerschmerzen, verstärkt durch Bewegung und Berührung, gerade ein typisches Symptom eines CRPS darstellen und die Behandlung eines solchen oft langwierig und für den Patienten frustrierend, weil therapierefraktär ist (vgl. dazu Alfred Debrunner, a.a.O., S. 695).

6.

Zusammenfassend ist insgesamt von einer unstimmigen Aktenlage und nicht vom Vorliegen schlüssiger Beweisgrundlagen auszugehen. Nachdem - wie dargelegt - bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit ärztlicher Feststellungen ergänzende Abklärungen erforderlich machen, ist die Angelegenheit zur Veranlassung einer erneuten Begutachtung des Beschwerdeführers hinsichtlich andauernder somatischer Unfallrestfolgen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird - unter Wahrung der Parteirechte des Beschwerdeführers - eine unabhängige, mit der Sache bisher nicht befasste Begutachtungsstelle mit der Abklärung zu beauftragen haben. Dafür fielen etwa die Handchirurgie der Orthopädischen Universitätsklinik Balgrist, die Handchirurgie der Schulthess Klinik, das Trauma Zentrum Hirslanden oder die Klinik für Wiederherstellungschirurgie am Universitätsspital, alle in Zürich, in Betracht. Je nach Ergebnis wird sich eine psychiatrische Exploration (vgl. Erwägung 5) anschliessen. Im Anschluss an die Prüfung der kausalen Unfallrestfolgen wird die Beschwerdegegnerin auch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und den allfälligen Bedarf an weiteren zweckmässigen Heilbehandlungen bzw. die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen der unfallversicherungsrechtlichen Versicherungsleistungen (Heilbehandlung, Taggeld, Rente) erneut zu prüfen haben. Zu beurteilen ist demnach, welche organischen Unfallrestfolgen insgesamt mit Bezug auf die Quetschverletzung vom 16. Juni 2005 noch bestehen bzw. medizinisch objektivierbar sind, inwiefern sie noch einer Heilbehandlung bedürfen und wie sich diese auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse wird sich allenfalls auch eine neue Taxierung der Integritätsentschädigung aufdrängen.

7.



## St.Galler Gerichte

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 2. Februar 2010 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Hingegen hat der Beschwerdeführer bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Angesichts der Schwierigkeit des Falles sowie der Art und des Umfangs der Bemühungen erscheint eine Parteientschädigung, wie in vergleichbaren Fällen üblich, von Fr. 4'000.-- einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 2. Februar 2010 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinn der Erwägungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- einschliesslich Mehrwertsteuer und Barauslagen zu erbringen.