



Fall-Nr.: UV 2014/56
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 07.03.2016
Entscheiddatum: 07.03.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 07.03.2016

Art. 4 ATSG, Art. 6 UVG: Verneinung der Unfallkausalität verschiedener Gesundheitsschäden im Bereich der linken Hand (Finger und Handgelenk) mit Blick auf Unfallmechanismus, echtzeitliche Unfalldiagnosen und zeitlichen Ablauf (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. März 2016, UV 2014/56). Entscheid vom 7. März 2016

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner;
Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2014/56

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Arbeitsloser bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen Unfälle versichert, als die Arbeitslosenkasse B.____ dieser am 21. September 2011 einen Motorradunfall des Versicherten vom 9. September 2011 mit beidseitigen Finger- und Knieprellungen und einer Thoraxprellung meldete (Suva-act. 1; Schaden-Nr. 14.60293.11.8). Die Erstbehandlung fand am 10. September 2011 im Spital C.____ statt, deren Ärzte nach einer klinischen Untersuchung sowie Röntgenuntersuchungen des Thorax und der rechten Hand die Diagnose Kontusion der Hand rechts, Dig I - IV, und der Flanke links sowie multiple Schürfwunden nach Töffunfall am 9. September 2011. Die rechte Hand wurde konservativ mit einer ruhigstellenden Schiene sowie entzündungshemmenden und analgetischen Medikamenten behandelt und der Versicherte konnte gleichentags bei Attestierung einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit vom 10. bis 12. September 2011 in die hausärztliche Kontrolle entlassen werden (Suva-act. 6). Die erste hausärztliche Untersuchung fand am 12. September 2011 bei Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Amtsarzt, statt, der weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (Suva-act. 2, 8). Die Suva erbrachte für den Unfall vom 9. September 2011 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen; Suva-act. 16 f., 20). Am 17. Oktober 2011 nahm der Versicherte seine Zwischenverdiensttätigkeit wieder auf (Suva-act. 9, 12, 35).

A.b In der Folge orientierte Dr. D.____ auf jeweiliges Ersuchen der Suva über den Heilungsverlauf des Versicherten (Ärztlicher Zwischenbericht vom 19. Januar 2012 [Suva-act. 23]; Kurzer Zwischenbericht vom 4. Mai 2012 [Suva-act. 28]; Bericht vom 14. November 2012 [Suva-act. 32]; Ärztlicher Zwischenbericht vom 3. Januar 2013 [Suva-act. 35]; Ärztlicher Zwischenbericht vom 17. Februar 2013 [Suva-act. 39]). Therapeutisch hatte Dr. D.____ dem Versicherten - auch auf Empfehlung des Suva-



St.Galler Gerichte

Kreisarzt Dr. med. E.____ - am 21. August 2012 eine erste Ergotherapieserie verordnet (Suva-act. 27, 30, 32, 34). Am 12. Oktober und 14. November 2012 hatte er weitere Behandlungsserien verordnet. Am 19. Februar 2013 stellte Dr. D.____ schliesslich die vierte Verordnung für eine Ergotherapie aus (Suva-act. 36 f., 41).

A.c Am 13. Oktober 2012 war dem Versicherten ein weiterer Unfall widerfahren, bei dem er von einer Leiter auf die linke Schulter gestürzt war, wobei er sich reflexartig mit der linken Hand abgestützt (Suva-act. 32, 91, 106) und eine AC-Luxation Grad II links erlitten hatte (Suva-act. 76; vgl. auch Suva-act. 91). Laut Schadenmeldung UVG vom 24. Oktober 2012 hatte er die Arbeit ab 15. Oktober 2012 ausgesetzt (Suva-act. 106; Schaden-Nr. 15.51822.12.1). Das Datum der Wiederaufnahme der Arbeit lässt sich den Akten nicht entnehmen.

A.d Vom 18. bis 19. und vom 22. bis 24. April 2013 attestierte Dr. D.____ dem Versicherten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 46).

A.e Nachdem der Versicherte bereits am 10. März 2013 gegenüber der Suva verneint hatte, dass die ärztliche/therapeutische Behandlung in Bezug auf den Unfall vom 9. September 2011 abgeschlossen sei (Suva-act. 42), bestätigte er am 1. Juli 2013, dass weitere Behandlungen stattfänden (Suva-act. 52).

A.f Am 25. Juli 2013 konsultierte der Versicherte wegen Handbeschwerden links Dr. med. F.____, Klinik G.____ AG, der nach einer klinischen und radiologischen Untersuchung des Handgelenks und der Finger ein Karpaltunnelsyndrom links, einen Status nach radialer Seitenbandruptur am MP-Gelenk V links, eine posttraumatische Tendovaginitis stenosans des IV. Fingers links und eine beginnende IP-Gelenksarthrose des Daumens links, wahrscheinlich ebenfalls posttraumatisch, diagnostizierte. Im Untersuchungsbericht vom 30. Juli 2013 hielt er fest, dass zur Behandlung eine Karpaltunneloperation und eine radiale Seitenbandrekonstruktion am Kleinfinger sowie eine Ringbandspaltung am IV. Finger in Frage komme. Vor der Durchführung einer Seitenbandrekonstruktion am MP-Gelenk V werde versucht, mittels geeigneter Handtherapie eine bessere muskuläre Kompensation der chronischen Abspreizhaltung zu erzielen (Suva-act. 55).



St.Galler Gerichte

A.g Am 6. und 27. November 2013 nahm der Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, zur Frage Stellung, ob die aktuellen Beschwerden im Bereich der linken Hand mit Karpaltunnelsyndrom links, Status nach radialer Seitenbandruptur am MP-Gelenk V links, posttraumatischer Tendovaginitis stenosans des IV. Fingers links sowie beginnender IP-Gelenksarthrose des Daumens links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. September 2011 zurückzuführen seien (Suva-act. 62, 66). Nach einer weiteren Stellungnahme von Dr. H.____ vom 2. Dezember 2013 (Suva-act. 67) erfolgten zusätzliche Abklärungen durch die Suva bei Dr. D.____. Es wurde ihm die Frage gestellt, wann er den Versicherten das erste Mal wegen der linken Hand gesehen und welche Diagnose er gestellt habe. Ausserdem wurde er ersucht, die angeblich gemachten Röntgenbilder und Befunde der linken Hand zuzustellen (Suva-act. 70 f., 74). Nachdem Dr. D.____ in einem Schreiben vom 12. Januar 2014 auf die Fragen der Suva eingegangen und die erbetenen Röntgenbilder eingereicht hatte (Suva-act. 76), nahm Dr. H.____ am 23. Januar bzw. 13. Februar 2014 dazu Stellung (Suva-act. 77, 79).

A.h Inzwischen hatte Dr. F.____ dem Versicherten am 2. Januar 2014, wie bereits am 24. Juli 2013, eine Ergotherapieverordnung mit der Diagnose „Instabilität des radialen Seitenbandes am MP-Gelenk V links“ ausgestellt (Suva-act. 58, 73).

A.i Gestützt auf die Beurteilungen von Dr. H.____ teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 21. Februar 2014 mit, dass zwischen den, wegen Fingerbeschwerden links ab Juli 2013 erfolgten Behandlungen und dem Unfallereignis vom 9. September 2011 kein sicherer oder mindestens überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang gegeben sei. Die Suva werde demzufolge per 1. Juli 2013 keine Heilbehandlungskosten wegen der Finger links übernehmen (Suva-act. 81).

A.j Am 27. Februar 2014 wurde der Versicherte auf Zuweisung von Dr. F.____ mit Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom links und ein Sulcus-ulnaris-Syndrom links Dr. med. I.____, Neurologie FMH, zur neurologischen Diagnostik und Mitbeurteilung vorgestellt (Suva-act. 108).

A.k Nachdem der Versicherte und dessen Krankenversicherer (CSS Krankenversicherungs AG; nachfolgend: CSS) mit Schreiben vom 20. März bzw. 6. Mai 2014



St.Galler Gerichte

(Suva-act. 82, 95) eingewendet hatten, dass die Fingerbeschwerden links ihrer Ansicht nach auf den Unfall vom 9. September 2011 zurückzuführen seien, bestätigte die Suva mit Verfügung vom 19. Mai 2014 ihre Leistungsablehnung per 1. Juli 2013 (Suva-act. 100). Der Versicherte hatte seinem Schreiben eine von Dr. F.____ auf dessen damaligem Bericht vom 30. Juli 2013 (vgl. Suva-act. 55) geschriebene Stellungnahme zur Unfallkausalität beigelegt (Suva-act. 82).

B.

Die am 10. und 12. Juni 2014 gegen diese Verfügung vom Versicherten und der CSS erhobenen Einsprachen (Suva-act. 102, 104) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. Juni 2014 ab (Suva-act. 120).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 14. Juli 2014 Beschwerde und beantragte sinngemäss, der Entscheid sei aufzuheben und es seien für seine linksseitigen Beschwerden an den Fingern und am Handgelenk die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (act. G 1). Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. F.____, signiert von Dr. med. J.____, vom 9. Juli 2014 zuhanden des Krankenversicherers ein (act. G 1.2).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 2. September 2014 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

C.c Mit Replik vom 8. November 2014 (act. G 9) und Duplik vom 11. Dezember 2014 (act. G 11) erneuerten die Parteien ihre Anträge.

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften und die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.



1.1 Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Als weitere Voraussetzung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist sodann die natürliche und adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der festgestellten Gesundheitsschädigung verlangt (vgl. Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 III 110, 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

1.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte oder Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss



gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f. E. 1b). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Kreisarzt Dr. H.____ erstellt wurden, sind nicht an sich unzuverlässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte oder die Expertin imstande sind, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (PVG 1996, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

2.

Am 9. September 2011 erlitt der Beschwerdeführer unbestrittenermassen einen Unfall im Sinn von Art. 4 ATSG, indem er mit dem Motorrad stürzte und sich dabei Kontusionsverletzungen der Finger Dig I - IV der rechten Hand zuzog, welche zwischenzeitlich offensichtlich abgeheilt sind und bezüglich deren im vorliegenden Beschwerdeverfahren keine Unfallrestfolgen geltend gemacht werden. Der Beschwerdeführer gibt jedoch an, er habe sich beim fraglichen Motorradunfall nicht nur an der rechten, sondern auch an der linken Hand verletzt und leide unter fortdauernden, behandlungsbedürftigen Beschwerden am Kleinfinger, Ringfinger und Daumen sowie am Handgelenk links, für welche ihm ein Anspruch auf Versicherungsleistungen der Beschwerdegegnerin zustünde. Streitig und zu prüfen ist mithin im Folgenden, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Hand(gelenks)beschwerden links zu Lasten der Unfallversicherung gehen, bzw. ob zwischen dem Unfallereignis vom 9. September 2011 und den genannten Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden allfällige Gesundheitsschäden, die auf den Unfall bzw. Sturz von der Leiter vom 13. Oktober 2012 mit Verletzung der linken Schulter zurückzuführen sind.

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.



3.1.1 Der Beschwerdeführer konsultierte am 25. Juli 2013 Dr. F.____, der im Untersuchungsbericht vom 30. Juli 2013 ein Karpaltunnelsyndrom links, einen Status nach radialer Seitenbandruptur am MP-Gelenk V links, eine posttraumatische Tendovaginitis stenosans des IV. Fingers links sowie eine posttraumatische IP-Gelenksarthrose des Daumens links, wahrscheinlich ebenfalls posttraumatisch, diagnostizierte (Suva-act. 55). Mit der elektroneurographischen Untersuchung durch Dr. I.____ vom 27. Februar 2014 konnte das leichte Karpaltunnelsyndrom links betont gesichert werden. Für eine wegen geschilderter ulnar betonter Parästhesien fragliche Ulnarisläsion konnte jedoch weder in der klinischen neurologischen Untersuchung noch in der Elektroneurographie ein sicherer Befund gefunden werden (Suva-act. 108). Für das Karpaltunnelsyndrom links, die radiale Seitenbandruptur am MP-Gelenks V links sowie die Tendovaginitis stenosans des IV. Fingers waren für Dr. F.____ operative Behandlungen (Karpaltunneloperation, radiale Seitenbandrekonstruktion am Kleinfinger, Ringbandspaltung am IV. Finger) in Frage gekommen, doch hatte er sich dazu entschieden, die Instabilität des Seitenbandes zunächst mit Ergotherapie behandeln zu lassen (Suva-act. 55, 58). Auch Dr. I.____ erklärte eine Karpaltunneloperation als sicher möglich (Suva-act. 108). Am 25. Juni 2014 konsultierte der Beschwerdeführer erneut Dr. F.____, der im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 9. Juli 2014 zusätzlich zu seinen am 25. bzw. 30. Juli 2013 gestellten Diagnosen, unter anderem gestützt auf eine Röntgenuntersuchung des linken Handgelenks, die Diagnosen SL-Instabilität und Sulcus-ulnaris-Reizsyndrom anführte. Der Beschwerdeführer gehe aufgrund der SL-Instabilität weiterhin in die Ergotherapie (act. G 1.2).

3.1.2 Bei sämtlichen, vorgenannten Gesundheitsschäden handelt es sich eindeutig um organische Substrate bzw. strukturelle Gesundheitsschäden, welche Beschwerden, insbesondere Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Bewegungseinschränkungen, zu verursachen vermögen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 579 ff., 751 f., 764, 766 ff.; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 134, 441, 978, 1057 unter „Kubitaltunnelsyndrom“; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2014, 266. Aufl. Berlin 2014, S. 175 f., 1071, 2091; Leitlinien der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. erweiterte Aufl. Köln 2002, S. 93 f.). Während es sich bei einer Seitenbandruptur an



einem MP-Gelenk sowohl um einen Befund im Rahmen eines degenerativen Prozesses, aber auch um eine primär unfallkausal auftretende gesundheitliche Störung handeln kann, stellen die Gesundheitsschäden Karpaltunnelsyndrom, Tendovaginitis stenosans, Arthrose, Bandinstabilität sowie Sulcus-ulnaris-Syndrom grundsätzlich krankheitsbedingte Leiden bzw. degenerative Veränderungen dar, die als unfallkausale Gesundheitsschäden höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge oder Begleiterscheinung einer primären Verletzung, beispielsweise einer Fraktur, Ruptur oder Luxation, auftreten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 580 f., 635 ff., 693 f., 741, 747, 752, 764; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 134, 441, 978, 1623, 1781; Psyhyrembel, a.a.O., S. 172, 229 f., 488, 1056, 2005, 2026; Leitlinien der Orthopädie, a.a.O., S. 93). Nachfolgend ist damit zu entscheiden, von welcher Kausalität (Krankheits- oder Unfallkausalität) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist.

3.2 Massgebende Ausgangspunkte für traumatische Folgeschäden oder Begleiterscheinungen bzw. die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bilden der Unfallmechanismus zusammen mit den unmittelbar nach dem Unfall gestellten Unfalldiagnosen und erhobenen Befunden sowie der zeitliche Ablauf. Dies in dem Sinne, als es offensichtlich erscheint, dass in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann und im Regelfall erlittene Verletzungen zu Schmerzen führen und unmittelbar im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben werden.

3.3

3.3.1 Die Ärzte des Spitals C.____ erhoben einen Tag nach dem Unfall vom 9. September 2011, d.h. am 10. September 2011, als Befund eine Schwellung der rechten Hand, Dig I – IV sowie palmar und plantar, unterzogen einzig die rechte Hand einer röntgenologischen Untersuchung und diagnostizierten schliesslich eine Kontusion der rechten Hand, Dig I – IV. Auch die Heilbehandlung (Ruhigstellung mittels Schiene) erfolgte lediglich in Bezug auf die rechte Hand (Suva-act. 6). In der Schadenmeldung UVG vom 21. September 2011 wurde sodann ein Wegrutschen in einer Linkskurve und eine beidseitige Fingerprellung beschrieben (Suva-act. 1). In seinem ersten ärztlichen



Zwischenbericht vom 19. Januar 2012 diagnostizierte der nachbehandelnde Hausarzt Dr. D.____ nun einen Motorradunfall mit Kontusion der linken Hand und vermerkte, dass der Beschwerdeführer noch unter Schmerzen in den Fingergelenken D1/D2/D4 mit Schwellung und Bewegungseinschränkung leide (Suva-act. 24). Am 4. Mai 2012 berichtete Dr. D.____ ohne Angabe der betroffenen Hand, dass der Beschwerdeführer an der letzten Untersuchung vom 27. April 2012 weiterhin unverändert eine Steifigkeit der betroffenen Finger beklagt habe (Suva-act. 28). Auch in der von Dr. D.____ am 21. August 2012 ausgestellten Ergotherapieverordnung ist ohne Seitenangabe die Diagnose eines Zustands nach Daumendistorsion bei Motorradunfall vermerkt (Suva-act. 34). Die Ergotherapieverordnung vom 14. November 2012 stellte Dr. D.____ auf die Diagnose Trauma der Finger D1 und D3 linke Hand aus, jedoch unter Angabe der Unfall-Nummer des Unfalls vom 13. Oktober 2012 (Suva-act. 37). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 3. Januar 2013 stellte er wieder die Diagnose Zustand nach Motorradunfall mit Kontusion rechte Hand (Suva-act. 35). Die Ergotherapieverordnung von Dr. D.____ vom 19. Februar 2013 nennt sodann die Diagnose Zustand nach Motorradunfall mit Verletzungen der Finger, dies jedoch wie schon teils zuvor ohne Seitenangabe (Suva-act. 41). Der Bericht von Dr. F.____ über die Untersuchung vom 25. Juli 2013 beinhaltet schliesslich unbestrittenermassen Beschwerden, Befunde und Diagnosen im Bereich der linken Hand bzw. des linken Handgelenks, deren Unfallkausalität es hier zu beurteilen gilt (vgl. Suva-act. 55; vgl. dazu Erwägung 3.1).

3.3.2 Dr. H.____ folgert in seiner Beurteilung vom 6. November 2013 aus dem in Erwägung 3.3.1 dargelegten Sachverhalt, dass erstmals Dr. F.____ in seinem Bericht vom 30. Juli 2013 über die Konsultation vom 25. Juli 2013 über Probleme an der linken Hand berichtet habe (Suva-act. 62). Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Leistungsablehnung ab 1. Juli 2013 insbesondere auf diese kreisärztliche Schlussfolgerung und erklärt, der Beschwerdeführer habe sich erst ab Juli 2013 wegen Beschwerden an der linken Hand in Behandlung begeben. Damit verneint sie eine Beteiligung der linken Hand am Unfall vom 9. September 2011, was bei einer Latenzzeit von beinahe zwei Jahren begründet erscheinen würde. Wie die Beschwerdegegnerin jedoch in einem Schreiben vom 11. Dezember 2013 (Suva-act. 70) richtig erkannt hat, erwähnen vor der Untersuchung von Dr. F.____ vom 25. Juli 2013 verfasste medizinische Akten in Bezug auf den Motorradunfall vom 9. September 2011 auch die linke Hand; so der ärztliche Zwischenbericht von Dr. D.____ vom 19. Januar



2012, bei welchem sich der Beschwerdeführer bereits ab 12. September 2011 in Behandlung befand (Suva-act. 8, 24). Dr. H.____ hielt in seiner Beurteilung vom 27. November 2013 eine Seitenverwechslung für möglich (vgl. Suva-act. 67), weshalb die Beschwerdegegnerin Dr. D.____ mit Schreiben vom 11. Dezember 2013 die Frage stellte, wann er den Beschwerdeführer erstmals wegen Beschwerden an der linken Hand gesehen und welche Diagnose er gestellt habe (Suva-act. 70). Am 12. Januar 2014 antwortete Dr. D.____, dass im Bericht des Spitals C.____ nicht alle Verletzungen aufgezählt worden seien, die sich der Beschwerdeführer zugezogen habe. Die linke Hand habe immer im Hintergrund gestanden, weil die andere Seite viel mehr geschmerzt habe. Vor allem der Daumen rechts habe den Beschwerdeführer am meisten gestört. Als am 23. Dezember 2011 die Schmerzen in der rechten Hand immer mehr in den Vordergrund getreten seien, habe er diese näher untersucht und festgestellt, dass die Dig 1, 2 und 4 noch immer geschwollen und schmerzhaft gewesen seien, vor allem Dig 2 im Mittelgelenk. Der Beschwerdeführer sei nicht der Typ, der bei jedem Schmerz gleich zum Doktor renne. Er sei dann am 14. Februar 2012 wieder gekommen und habe sich noch immer über die Finger links beschwert, worauf er eine Röntgenaufnahme erstellt habe und im Mittelgelenk eine Aufhellung habe erkennen können (Suva-act. 76). Die Auslegung der Darstellung von Dr. D.____ durch Dr. H.____ in seiner Stellungnahme vom 23. Januar 2014 (Suva-act. 77) - die Untersuchung am 23. Dezember 2011 sowie die Befunde bezüglich der Finger Dig 1, 2 und 4 (Schwellung und Schmerzen) hätten sich auf die rechte Hand bezogen, da Dr. D.____ ja angebe, dass er die rechte Hand untersucht habe - erscheint ausgehend von diesem Wortlaut nachvollziehbar und schlüssig. Ebenfalls einleuchtend ist die diesbezügliche Schlussfolgerung, dass Dr. D.____ damit an der linken Hand entweder nichts Relevantes gefunden oder diese nicht untersucht habe. Unklarheit in die Schlussfolgerungen von Dr. H.____ bringt jedoch die Formulierung von Dr. D.____ in demselben Satz „immer mehr in den Vordergrund getreten“ und parallel der Umstand, dass an der rechten Hand vor allem der Daumen gestört, die Untersuchung vom 23. Dezember 2011 jedoch die Dig 1, 2 und 4 zum Inhalt hatte. Stand die linke Hand zu Beginn im Hintergrund und die rechte Hand damit im Vordergrund, ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, weshalb nachfolgend die rechte Hand wiederum immer mehr als in den Vordergrund getreten bezeichnet wird. Der weitere Satz von Dr. D.____ betreffend die Konsultation vom 14. Februar 2012 „beschwerte sich noch immer über die Finger links“ erhöht diese



Unklarheit und lässt insgesamt die Frage berechtigt erscheinen, ob nicht eine Seitenverwechslung vorliegt. Eine im Verlauf veränderte Gewichtung von rechts nach links hinsichtlich Schmerzhaftigkeit könnte in die vorgenannten Formulierungen ohne weiteres hinein interpretiert werden. Die Erstbehandlung im Spital C.____ am 10. September 2011 beinhaltete zwar unbestrittenermassen nur die rechte Hand, doch ist es grundsätzlich denkbar, dass eine zu Beginn schwerer wiegende Verletzung hinsichtlich Empfinden und damit vielleicht auch hinsichtlich ärztlicher Untersuchung und Behandlung Priorität hatte.

3.3.3 Angesichts des Gesagten ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich die Aktenlage bezüglich der Frage, ob die linke Hand am Unfall vom 9. September 2011 ebenfalls beteiligt war bzw. wann die linke Hand des Beschwerdeführers erstmals untersucht und behandelt worden ist, nicht ohne weiteres unzweifelhaft darstellt. Insbesondere auch das Schreiben von Dr. D.____ vom 12. Januar 2014 bringt dazu keine vollständige Klarheit. Bereits der Unfallmechanismus (Wegrutschen mit dem Motorradvorderrad in einer Linkskurve) lässt vorab auf eine Beteiligung der linken Körperhälfte schliessen. Es kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass sich im weiteren Verlauf des Sturzes Einwirkungen auf die linke Körperseite ergeben haben. So beschrieb der Beschwerdeführer am 10. September 2011 gegenüber den Ärzten des Spitals C.____ ein mehrfaches Drehen mit dem Motorrad (Suva-act. 6) und am 25. Oktober 2013 gegenüber der Beschwerdegegnerin, er sei (auch) durch einen Weidezaun geflogen (Suva-act. 60).

3.4 Selbst wenn nach dem Gesagten von einer unfallnahen Behandlungsbedürftigkeit im Bereich der linken Hand ausgegangen würde, könnte - wie nachstehend zu zeigen sein wird - der Beweis einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der von Dr. F.____ dort diagnostizierten Gesundheitsschäden bezogen auf den Motorradunfall nicht als erbracht gelten.

3.4.1 Wie in Erwägung 3.1 dargelegt, diagnostizierte Dr. F.____ beim Beschwerdeführer in erster Linie Gesundheitsschädigungen, die höchstens sekundär unfallbedingt auftreten können. Insofern stellte Dr. H.____ in seinen Beurteilungen die in diesem Zusammenhang massgebliche Frage nach initial erlittenen Verletzungen im Bereich der linken Hand, die zu traumatischen Begleit- oder Spätfolgen führen können. Er kommt



zum überzeugenden Schluss, dass in den echtzeitlichen Akten keine Verletzungen an der linken Hand nach dem Motorradunfall dokumentiert seien, die zu den von Dr. F.____ festgehaltenen Gesundheitsschäden hätten führen können.

3.4.2 Die Ärzte des Spitals C.____ diagnostizierten beim Beschwerdeführer Kontusionsverletzungen (Suva-act. 6). Die Kontusionsdiagnose bezeichnet eine stumpfe Krafteinwirkung auf einen Körperteil, wodurch es zur Verletzung von Weichteilgewebe und nicht auch von strukturellen Anteilen des Bewegungsapparates wie Knochen, Muskeln, Bänder und Sehnen kommt (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 412; http://www.lexikon-orthopaedie.com/cont_pdf_0/to020930.pdf, abgerufen am 28. Januar 2016). Kontusionsverletzungen - wie vorliegend offensichtlich auch diejenigen im Bereich der Hand rechts Dig I – IV und der Flanke links - heilen im Regelfall innert einer bestimmten Zeit folgenlos ab. Die Verletzungsschwere und Verletzungsart an der rechten Hand zusammen mit der Aussage von Dr. D.____, die linke Seite habe zunächst schmerzmässig im Hintergrund gestanden, ist bereits als massgebendes Indiz dafür zu werten, dass der Beschwerdeführer beim Motorradunfall an der linken Hand keine strukturelle Verletzung erlitten hat. Die von Dr. D.____ dargestellte Situation (vgl. auch Suva-act. 63) wäre dann denkbar, wenn zwischen der Verletzung rechts gegenüber derjenigen links ein bedeutsamer Unterschied hinsichtlich Schweregrad bestünde. Angesichts der vom Beschwerdeführer am 9. September 2011 erlittenen (blossen) Kontusionsverletzung rechts und deren Heilungsverlaufs ist dies jedoch nicht anzunehmen.

3.4.3 Ein Hinweis auf eine strukturelle Verletzung der linken Hand findet sich erstmals im Bericht von Dr. F.____ vom 30. Juli 2013. Dieser notierte, man habe erst später herausgefunden, dass der Beschwerdeführer den linken Daumen und den linken Ringfinger gebrochen habe (Suva-act. 55). Dr. D.____ hielt im Schreiben vom 12. Januar 2014 fest, dass er infolge der am 14. Februar 2012 immer noch vorgebrachten Klagen über die Finger links eine Röntgenaufnahme erstellt habe, worauf im Mittelgelenk eine Aufhellung zu erkennen gewesen sei (Suva-act. 76). Dr. H.____ sichtete am 13. Februar 2014 die Röntgenaufnahmen von Dr. D.____, vermochte jedoch darauf - abgesehen davon, dass er keine beginnende IP-Arthrose des Daumens links feststellen konnte - keine neuen Aspekte hinsichtlich Vorliegens struktureller Unfallläsionen zu erkennen (Suva-act. 79). Nachdem Dr. F.____ in seinem Bericht vom 30. Juli 2013 festgehalten



hat, dass man von den erwähnten Frakturen nichts mehr sehe und Dr. D.____ nicht explizit von einer Fraktur, sondern nur von einer Aufhellung spricht, erscheint die Schlussfolgerung von Dr. H.____, es fehle ein Beleg für eine unfallbedingte Verletzung im Bereich der linken Hand, einleuchtend. Hinzu kommt, dass Dr. D.____ nicht angab, in welchem Finger er eine Aufhellung im Mittelgelenk erkannte. Diese könnte also höchstens als primäre Unfallläsion für die Tendovaginitis stenosans des 4. Fingers in Betracht gezogen werden. Die Tendovaginitis stenosans wird jedoch laut medizinischer Literatur im Regelfall durch Überbelastung bzw. ungewohnt intensive Belastung hervorgerufen (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 168 f.; Pschyrembel, a.a.O., S. 2091; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1801). Im Übrigen vermag die alleinige Vermutung, die Aufhellung könnte einen Frakturnachweis darstellen, als überwiegend wahrscheinlicher Nachweis für eine Unfallkausalität bzw. für eine strukturelle Läsion mit nachfolgender Tendovaginitis stenosans des 4. Fingers nicht zu genügen. Bezüglich des linken Kleinfingers (Dig V) diagnostizierte Dr. F.____ sowieso keine Fraktur, sondern eine Seitenbandruptur. Bis zu deren erster Erkennung und überhaupt bis zu einer ersten Erwähnung des Kleinfingers sind - unabhängig von der in den medizinischen Akten jeweils als betroffen bezeichneten Hand (links oder rechts) - beinahe zwei Jahre vergangen. Beim linken Daumen ist das IP-Gelenk von einer Arthrose betroffen. Eine strukturelle Läsion des IP-Gelenks wird jedoch in den medizinischen Akten nicht erwähnt. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass insgesamt nicht nachvollzogen werden kann, woraus Dr. F.____ die Unfallkausalität der Daumenproblematik, der Tendovaginitis stenosans Dig IV und der radialen Seitenbandruptur des MP-Gelenks V ableitet (vgl. dazu Suva-act. 82). Erkennbar basiert seine Schlussfolgerung letztlich nur auf dem Umstand, dass die von ihm diagnostizierten strukturellen Gesundheitsschäden nach dem Unfall vom 9. September 2011 erhoben worden sind. Diese Tatsache vermag jedoch für sich nach herrschender Lehre und konstanter Rechtsprechung keinen Beweis für eine Unfallkausalität zu erbringen, da der zeitliche Aspekt allein keine wissenschaftlich genügende Erklärung liefert. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; BGE 119 V 341 E. 2b/bb; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C_178/2010, E. 4.1).



3.4.4 Hinsichtlich des Karpaltunnelsyndroms links sowie des Sulcus-ulnaris-Syndroms links erachtet Dr. F.____ eine Unfallkausalität als diskutabel (Suva-act. 82). Mit dieser Formulierung macht er selber deutlich, dass eine Unfallkausalität nur als mögliche Variante einzubeziehen ist. Den Anforderungen des im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrads der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist damit nicht Genüge getan. Nachdem die genannten Gesundheitsstörungen grundsätzlich krankheitsbedingte Leiden darstellen (vgl. Erwägung 3.1) und in den Akten echtzeitlich, aber auch im Verlauf, radiologisch keine strukturelle Läsion des Handgelenks dokumentiert ist, besteht kein massgebender Grund, gerade im vorliegenden Fall von traumatisch (sekundär) bedingten Gesundheitsschäden auszugehen. Indem Dr. F.____ festhält, dass eine chronische SL-Band-Instabilität ein Karpaltunnelsyndrom auslösen könne, formuliert er zudem eine schlüssige, rein krankheitsbedingte Kausalkette. Der Zusatz „chronisch“ zementiert das Gesagte. Der Begriff „chronisch“ steht dem Begriff „traumatisch“ entgegen. Während letzterer einen akut aufgetretenen Zustand beschreibt, bedeutet chronisch „langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend“ (Pschyrembel, a.a.O., S. 390, 2150; Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 334). In der auf seinem Bericht vom 30. Juli 2013 notierten Stellungnahme (Suva-act. 82) erklärt Dr. F.____ zwar, dass die scapho-lunäre Bandruptur im linken Handgelenk „zweifellos unfallbedingt“ sei. Nachdem die fragliche Bandruptur offensichtlich in Verbindung mit der SL-Instabilität steht, wäre darin grundsätzlich eine traumatische Kausalkette zu sehen. Hinsichtlich einer solchen erachtet es Dr. F.____ jedoch als fraglich, ob die Bandruptur durch den Unfall vom 9. September 2011 oder denjenigen vom 13. Oktober 2012 verursacht wurde. Betreffend den Unfall vom 13. Oktober 2012 führte der Beschwerdeführer aus, dass er auf die linke Schulter gestürzt sei und sich reflexartig mit der linken Hand abgestützt habe (vgl. Suva-act. 91, 106), womit zumindest ein Indiz für eine Verursachung der Bandruptur durch den Unfall vom 13. Oktober 2012 besteht. Damit übereinstimmend fällt auf, dass in dem mit der Stellungnahme betreffend Unfallkausalität versehenen Bericht von Dr. F.____ vom 30. Juli 2013 (Suva-act. 82) gegenüber seinem ersten Bericht desselben Datums (Suva-act. 55) neu der Sturz von der Leiter im Oktober 2012 (aufgefangen mit der Hand und Schlüsselbein gebrochen sowie Supraspinatussehne gerissen) eingefügt ist. Abgesehen davon, dass eine solche nachträgliche Änderung eines ursprünglichen Berichts den Beweiswert der Stellungnahme zur Unfallkausalität grundsätzlich in Frage



St.Galler Gerichte

stellt, ist sie gleichzeitig als weiterer Anhaltspunkt dafür zu werten, dass die Verletzung der linken Hand eher auf den Sturz von der Leiter zurückzuführen ist. Im besten Fall ist mithin von verschiedenen gleichgestellten Kausalitäts-Varianten auszugehen, wodurch eine Kausalität zwischen der Bandruptur und dem hier streitigen Unfall vom 9. September 2011 nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist. Die Indizien lassen im Übrigen eine Verursachung der Bandruptur durch den Unfall vom 13. Oktober 2012 wahrscheinlicher erscheinen.

3.5 Aufgrund des Gesagten ist festzuhalten, dass die in der Erwägung 3.2 genannten und von Dr. H.____ diskutierten Kausalitätskriterien - echtzeitliche Unfalldiagnosen und zeitlicher Ablauf - überwiegend wahrscheinlich gegen eine Beteiligung der linken Hand am Unfall vom 9. September 2011 sprechen. Selbst wenn von einer solchen ausgegangen würde, wäre der schlüssigen und überzeugenden Beurteilung von Dr. H.____ zu folgen, dass keine massgebenden Hinweise für eine beim fraglichen Unfall erfolgte strukturelle Verletzung der linken Hand vorliegen, welche die von Dr. F.____ in seinen Berichten vom 30. Juli 2013 (Suva-act. 55) und vom 9. Juli 2014 (act. G 1.2) diagnostizierten und behandelten Gesundheitsschäden im Bereich der linken Hand (Finger und Handgelenk) hätten verursachen können. Die linke Hand des Beschwerdeführers ist angesichts der von Dr. F.____ gestellten Diagnosen umfassend geschädigt und hätte bei einer traumatischen Verursachung verschiedenartige strukturelle Verletzungen zur Folge haben müssen, die zumindest teilweise unfallnah hätten ärztlich erkannt und vom Beschwerdeführer wahrgenommen werden müssen. Stattdessen erklärte Dr. D.____, wie bereits erwähnt, dass die linke Hand zunächst im Hintergrund gestanden habe. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Leistungspflicht bezüglich Heilbehandlungen an der linken Hand ab 1. Juli 2013 zu Recht abgelehnt.

4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.