



**Fall-Nr.:** UV 2016/61  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.07.2018  
**Entscheiddatum:** 03.07.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 03.07.2018**

**Art. 16 ff. UVG. Adäquanz zwischen den organisch nicht objektivierbaren Beschwerden und dem Unfall nach den Kriterien von BGE 115 V 133 verneint. Selbst wenn man vom Vorliegen organisch objektivierbarer Beschwerden zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung ausginge, wären diese nicht unfallkausal. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juli 2018, UV 2016/61).**

Entscheid vom 3. Juli 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie Löhner;

Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2016/61

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Andrea Cantieni, Bahnhofstrasse 8, 7000 Chur,



gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie sich am 27. Januar 2015 bei der Arbeit die rechte Hand zwischen einer Rollbox und einer Mauer einklemmte (Vorakten betreffend Unfall vom 27. Januar 2015 [nachfolgend: Suva-act. I/x] act. 1). Der gleichentags erstbehandelnde med. pract. C.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, diagnostizierte eine Quetschung der rechten Mittelhand. Auf dem Röntgenbild seien keine sicheren Frakturzeichen ersichtlich (Suva-act. I/24). Med. pract. C.\_\_\_\_ bzw. Dr. med. D.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, attestierten der Versicherten vom 27. Januar bis 10. März 2015 mit einem zweitägigen Unterbruch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. I/5, I/7, I/9). Die Suva kam für die Folgen des Unfalls auf (Taggeld und Heilbehandlung; Suva-act. I/2).

A.b Am 6. März 2015 wurde ein MR des Handgelenks rechts erstellt. Dr. med. E.\_\_\_\_, Chefarzt Radiologie, Spital Z.\_\_\_\_, beurteilte, es liege ein Bone bruise am Metacarpale II- und III-Köpfchen, aber keine Fraktur vor (Suva-act. I/26). Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt Handchirurgie des Spitals Z.\_\_\_\_, diagnostizierte mit Bericht vom 13. März 2015 ein Quetschtrauma der rechten Hand vom 27. Januar 2015 und erachtete die Versicherte bis zum 22. März 2015 als zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. I/15). In der Folge attestierten die behandelnden Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ der Versicherten bis zum 10.



## St.Galler Gerichte

April 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 11. bis 22. April 2015 von 50% und ab 23. April 2015 wieder von 100% (Suva-act. I/9, I/12, I/20, vgl. Suva-act. I/25, I/27 f.).

A.c Ende April 2015 berichtete Dr. F.\_\_\_\_ über einen Verdacht auf ein posttraumatisches Karpaltunnelsyndrom rechts (Suva-act. I/17, I/23, vgl. Suva-act. I/14). Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 11. Mai 2015 ein mittelgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts nach Quetschtrauma der rechten Hand (Suva-act. I/21). Am 21. Mai 2015 unterzog sich die Versicherte einer endoskopischen Karpaldachspaltung rechts (Suva-act. I/22).

A.d Kreisärztin Dr. med. H\_\_\_\_ beurteilte am 4. Juni 2015, die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Hand und insbesondere die Operation vom 21. Mai 2015 seien mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 27. Januar 2015 zurückzuführen (Suva-act. I/29).

A.e Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 14. Juli 2015, es sei nach der Karpaldachspaltung leider zu keiner Besserung gekommen, die Symptomatik habe sich eher verschlechtert. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den objektiv erhebbaren Befunden und den subjektiv geschilderten Beschwerden (Suva-act. I/41). Prof. G.\_\_\_\_ hielt am 3. August 2015 fest, es liege ein protrahierter Verlauf vor. Hinweise für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS, auch Morbus Sudeck genannt) bestünden nicht. Bei "einer streng manuell bezogenen Arbeitstätigkeit" empfehle er noch eine Arbeitsunfähigkeit für die nächsten vier Wochen, dann im Weiteren abhängig vom Verlauf (Suva-act. I/43).

A.f Infolge persistierender Gefühlsstörungen führte Dr. F.\_\_\_\_ am 7. September 2015 eine Revisionsoperation durch. Er stellte im Operationsbericht vom 8. September 2015 fest, der Nervus medianus scheine nicht eingeeengt zu sein und narbige Veränderungen oder Reste vom Retinaculum flexorum, welche den Nerv einengen könnten, seien nicht auffindbar (Suva-act. I/49, I/62).

A.g Am 7. September 2015 war die Versicherte von einer Biene in das linke Handgelenk gestochen worden (Vorakten betreffend Unfall vom 7. September 2015 [nachfolgend: Suva-act. II/x] act. 2).



## St.Galler Gerichte

A.h Suva-Kreisärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ befand am 23. September 2015, die geltend gemachten Beschwerden am rechten Handgelenk seien mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 27. Januar 2015 zurückzuführen (Suva-act. I/51).

A.i Prof. G.\_\_\_\_ berichtete am 3. November 2015 über messtechnisch noch keine wesentliche Besserung bei Status nach offener Ligamentspaltung und einen Verdacht auf ein leichtes CRPS des Handgelenks rechts (Suva-act. II/63). Am 16. November 2015 wurde im Spital Z.\_\_\_\_ ein MR des Handgelenks rechts durchgeführt, welches einen leichten Reizzustand des Weichgewebes um den Nervus medianus und eine diskrete Tendovaginitis der Sehne des Musculus flexor carpi radialis ergab (Suva-act. I/73). Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 9. Dezember 2015 über eine unklare Schmerzsymptomatik beider Hände. Zurzeit könne er keinen Grund für die prolongierten neurologischen Symptome und die Schmerzsymptomatik finden. Gemäss Budapest-Kriterien bestehe kein Vollbild eines CRPS (Suva-act. I/72).

A.j Suva-Kreisarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, untersuchte die Versicherte am 6. Januar 2016. Im tags darauf erstellten Bericht listete er als Diagnosen einen Status nach Quetschtrauma der Hand rechts am 27. Januar 2015, einen Status nach endoskopischer Karpaldachspaltung rechts am 21. Mai 2015, einen Status nach Revision und offener Neurolyse des Nervus medianus am 7. September 2015 sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom Hand/Vorderarm rechts mehr als links mit Tendenz zur Symptomausweitung auf. Aktuell finde er keine relevanten pathologischen Befunde, so dass die beklagten Beschwerden nur teilweise objektiviert werden könnten. Er schlug eine Evaluation der geeigneten Schmerzbehandlung vor und bestätigte vorerst die 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. I/82).

A.k Mit Schreiben vom 4. März 2016 teilte die Suva der Versicherten mit, die noch geklagten Beschwerden der Unfälle vom 27. Januar und 7. September 2015 seien organisch nicht hinreichend nachweisbar. Die Adäquanz der Beschwerden sei zu verneinen, weshalb die Versicherungsleistungen per 31. März 2016 eingestellt würden. Es bestehe auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente oder eine



## St.Galler Gerichte

Integritätsentschädigung (Suva-act. I/91). Am 25. April 2016 verfügte die Suva entsprechend (Suva-act. I/110).

A.I Eine am 9. März 2016 erstellte Dreiphasen-Skelettszintigraphie hatte beidseits keinen Hinweis auf ein CRPS ergeben (Suva-act. I/112).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 25. April 2016 erhob die Versicherte am 17. Mai 2016 Einsprache (Suva-act. I/113). Am 17. Juni 2016 begründete sie, es lägen organisch ausgewiesene Unfallfolgen vor. Die versicherten Leistungen seien zumindest für die rechte Hand weiter zu erbringen (Suva-act. I/121).

B.b Med. pract. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hatte am 23. Mai 2016 über die Erstkonsultation vom 12. Mai 2016 berichtet. Als vorläufige psychiatrische Diagnose hatte sie eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21) vor dem Hintergrund eines Quetschtraumas der Hand rechts im Januar 2015 mit Verdacht auf ein CRPS genannt (Suva-act. 121-4 ff.). Suva-Kreisärztin Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, beurteilte am 9. August 2016, unter der Annahme, dass die Läsion des Nervus medianus rechts in Zusammenhang mit dem Unfall vom 27. Januar 2015 stehe, sei diese organische Unfallfolge erfolgreich mit der Dekompression des Nervs behandelt worden. Dass die elektrophysiologischen Auffälligkeiten persistierten, sei nach operativer Dekompression des Nervs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne klinische Bedeutung. Persistierende Beschwerden durch den Bienenstich am linken Handgelenk seien nicht überwiegend wahrscheinlich (Suva-act. I/125).

B.c Die Suva wies die Einsprache mit Entscheid vom 12. August 2016 ab. Sie begründete, es lägen keine relevanten somatischen Unfallfolgen mehr vor und die psychischen bzw. organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden seien nicht adäquat kausal zu den Unfallereignissen (Suva-act. I/126).

C.



## St.Galler Gerichte

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 12. August 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 7. September 2016. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beantragt darin dessen Aufhebung sowie die Rückweisung der Sache an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Neubestimmung des Leistungsanspruchs ab dem 1. April 2016. Eventualiter sei vom Gericht ein medizinisches Gutachten zu erstellen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Sie begründete mit Verweis auf Berichte von Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, in Bezug auf die rechte Hand lägen organisch nachweisbare Beeinträchtigungen vor und diese stünden in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 27. Januar 2015 (act. G1, vgl. act. G1.15 ff.).

C.b Dr. M.\_\_\_\_ hatte mit Bericht vom 28. Juni 2016 ein abortives CRPS im Bereich der rechten Hand nach Kontusionstrauma am 27. Januar 2015 und der linken Hand mit Loge de guyon Syndrom nach Bienenstich am 7. September 2015 im Übergang Hypothenar/distaler Unterarm links diagnostiziert (act. G1.15). Dr. N.\_\_\_\_ hatte am 11. August 2016 über ein mittelgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts bei Status nach Quetschtrauma der rechten Hand am 27. Januar 2015 und einen Status nach Ligamentspaltungen im Mai und September 2015 berichtet. Auch gegenwärtig sei eine Leitungsverzögerung rechts nachweisbar. Messtechnisch bestehe ein Sulcus ulnaris-Syndrom links und es gebe keinen Hinweis auf ein Loge de guyon Syndrom nach Bienenstich links karpal (act. G1.16). Dr. M.\_\_\_\_ hatte am 5. September 2016 befunden, die Beschwerdesituation im Bereich der rechten Hand sei weiterhin unfallkausal (act. G1.17).

C.c Die Beschwerdegegnerin legte die von der Beschwerdeführerin neu eingereichten Berichte Dr. L.\_\_\_\_ vor und bat um erneute Beurteilung. Diese führte am 28. Oktober 2016 aus, ob die bereits im November 2015 weitestgehend erholte sensible Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus rechts als objektives organisches Substrat der angegebenen Sensibilitätsstörung gelten könne, sei nicht mit ja oder nein zu beantworten, da sensible Störungen und Messwerte nicht zwangsläufig korrelierten. Die inkonstante Sensibilitätsstörung in der rechten Hand sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Quetschtrauma zu erklären. Die Latenz zwischen Weichteilverletzung und Eintreten der sensiblen Beschwerden spreche aus



## St.Galler Gerichte

neurologischer Sicht gegen einen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen dem Quetschtrauma der rechten Hand am 27. Januar 2015 und dem Karpaltunnelsyndrom (Suva-act. I/152).

C.d Mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2016 beantragt die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, die angegebenen Gefühlsstörungen seien nicht auf ein objektivierbares organisches Substrat zurückführen. Die adäquate Kausalität der psychischen Beschwerden sei zu verneinen, da es sich beim Ereignis vom 27. Januar 2015 um einen banalen Vorfall gehandelt habe. Zudem hätte bei korrekter medizinischer Beurteilung von Anfang an nie ein natürlicher Kausalzusammenhang bestanden, weshalb sie berechtigt gewesen sei, die Leistungen einzustellen (act. G5).

C.e Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G7).

## Erwägungen

1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem Ereignisse aus dem Jahr 2015 zur Diskussion stehen, grundsätzlich die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

2.

Streitig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die im Nachgang zum Unfall vom 27. Januar 2015 (Quetschtrauma) erbrachten Leistungen (Übernahme der Kosten für Heilbehandlung und Taggeld) auf den 31. März 2016 einstellte sowie den Anspruch auf weitere Leistungen der Unfallversicherung ablehnte. Von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und nicht zu beanstanden ist die



Leistungseinstellung bezüglich des Bienenstichs, also des Unfalls vom 7. September 2015 (act. G1). Der angefochtene Einspracheentscheid ist diesbezüglich in Teilrechtskraft erwachsen.

2.1 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind, entsteht der Rentenanspruch. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (RUMO-JUNGO, a.a.O., S. 55, 58; BGE 125 V 456; 123 III 110; 112 V 30). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. 5d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; 118 V 286, E. 3a).



Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133, E. 6c/aa vorzunehmen.

2.3 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt seine Leistungspflicht erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche Ursache der fortdauernd geklagten Beschwerden darstellt, d.h. wenn die Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 54). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 4; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2008, 8C\_465/2007, E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.

Vorerst ist zu prüfen, ob die medizinische Situation der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurde. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch organisch objektivierbare Beschwerden der rechten Hand vorhanden waren.

3.1 Die Beschwerdeführerin erlitt beim Unfall vom 27. Januar 2015 eine Quetschung der rechten Mittelhand. Es kam dabei zu einem Bone bruise am Metacarpale II- und III-Köpfchen, jedoch zu keiner Fraktur (Suva-act. I/24, I/26). Ende April 2015 äusserte Dr. F.\_\_\_\_ den Verdacht auf ein posttraumatisches Karpaltunnelsyndrom rechts (Suva-act. I/14, I/17, I/23). Mit Bericht vom 11. Mai 2015 diagnostizierte Prof. G.\_\_\_\_ sodann ein mittelgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts nach Quetschtrauma (Suva-act. I/21). Ob dieses, wie die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2016 bezweifelt (vgl. act. G5, Suva-act. I/152), natürlich unfallkausal war, kann vorerst offen bleiben (vgl. dazu E. 5). Prof. G.\_\_\_\_ befand am 11. Mai 2015, es zeige sich eine etwas diffuse Sensibilitätsstörung der rechten Hand, überwiegend aber im Bereich des Nervus medianus. Die Daumenabduktion rechts sei diskret paretisch. Neurographisch finde sich ein mittelgradiges Karpaltunnelsyndrom mit verzögerten distal motorischen Latenzen und pathologischen sensiblen Nervenleitgeschwindigkeiten. Auch das EMG aus dem rechten Thenar sei leicht neurogen verändert (Suva-act. I/21). Nach der Karpaldachspaltung vom 21. Mai 2015 (vgl. Suva-act. I/22) berichtete Dr. F.\_\_\_\_ am 14. Juli 2015 über keine Besserung und einen verzögerten Heilungsverlauf. Dieser sei schwierig erklärbar, Anzeichen eines CRPS bestünden nicht. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen objektiv erhebbaren Befunden und subjektiv geschilderten Beschwerden (Suva-act. I/41). Prof. G.\_\_\_\_ befand am 2. August 2015, er finde derzeit keine Kraftminderung, aber noch einen



klopfempfindlichen Nervus medianus im Karpaltunnelbereich. Neurographisch seien die Messwerte nur unwesentlich verbessert im Vergleich zu vor der Operation, so dass offenbar doch ein protrahierter Verlauf vorliege (Suva-act. I/43). Dr. F.\_\_\_\_ stellte am 2. September 2015 zwar eine objektivierbare Kraftsteigerung fest, empfahl aufgrund einer klinischen Verschlechterung und steigenden Leidensdrucks aber doch eine Revisionsoperation, welche er am 7. September 2015 durchführte (Suva-act. I/49, I/62). Beim Eingriff stellte Dr. F.\_\_\_\_ fest, der Nervus medianus scheine nicht eingeeengt zu sein. Narbige Veränderungen oder Reste vom Retinaculum flexorum, welche den Nerv einengen könnten, lägen nicht vor (Suva-act. I/62). Am 9. Dezember 2015 hielt er zusätzlich fest, das Retinaculum flexorum habe sich komplett durchtrennt gezeigt. Makroskopisch hätten am Nervus medianus keine Auffälligkeiten bestanden (Suva-act. I/72). Es ist damit davon auszugehen, dass bereits die erste operative Karpaldachspaltung erfolgreich gewesen war. Wie Dr. L.\_\_\_\_ plausibel ausführt, war nach operativer Behandlung des Karpaltunnelsyndroms eine neurologische Ausfallsymptomatik durch eine Nervus medianus-Schädigung rechts nicht mehr verifizierbar (Suva-act. I/152).

3.2 Prof. G.\_\_\_\_ berichtete am 3. November 2015, die beklagte Sensibilitätsstörung an sämtlichen Fingern beider Hände lasse sich weder einem Nervenversorgungsgebiet noch einem Dermatome zuordnen. Relevante Paresen lägen nicht vor. Neurographisch seien die Messwerte im Bereich des rechten Nervus medianus unverändert im Vergleich zu vor der erneuten Ligamentspaltung im September 2015. Im Vergleich zu der letzten Messung sei dagegen der sympathische Hautreflex rechts gegenüber links etwas verzögert, so dass sich dort zumindest ein leichtes CRPS entwickelt habe (Suva-act. I/63). Dr. F.\_\_\_\_ verneinte am 9. Dezember 2015 jedoch das Vorliegen eines Vollbilds eines CRPS gemäss Budapest-Kriterien. Er diagnostizierte eine unklare Schmerzsymptomatik beider Hände. Zurzeit könne er für die prolongierten neurologischen Symptome und die Schmerzsymptomatik keinen Grund finden (Suva-act. I/72). Ein MR des Handgelenks rechts hatte am 16. November 2015 lediglich einen leichten Reizzustand des Weichgewebes um den Nervus medianus und eine diskrete Tendovaginitis der Sehne des Musculus flexor carpi radialis zur Darstellung gebracht (Suva-act. I/73). In Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ fand Kreisarzt Dr. J.\_\_\_\_ bei seiner Untersuchung vom 6. Januar 2016 keine relevanten pathologischen Befunde, so dass er die beklagten Beschwerden nur teilweise objektivieren konnte. Er



hielt fest, aufgrund der klinischen Untersuchung ergäben sich keine strukturell orientierten Behandlungsmassnahmen, und empfahl eine Evaluation der geeigneten Schmerzbehandlung (Suva-act. I/82). Bei einer Dreiphasen-Skelettszintigraphie am 9. März 2016 wurden keine Hinweise auf ein CRPS gefunden und keine wesentlichen degenerativen Veränderungen der Hände erhoben (Suva-act. I/112). Dr. L.\_\_\_\_ führte am 9. August 2016 zusammenfassend überzeugend aus, das Quetschtrauma der rechten Mittelhand wie auch der Status nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms und Revisionsoperation erklärten keine erheblichen, anhaltenden Beschwerden. Der Verdacht auf ein CRPS habe nicht bestätigt werden können. Dass die elektrophysiologischen Auffälligkeiten persistierten, sei nach operativer Dekompression des Nervs mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne Bedeutung (Suva-act. I/125).

3.3 Mit der vorliegenden Beschwerde reichte die Beschwerdeführerin weitere ärztliche Berichte ein (act. G1). Dr. M.\_\_\_\_ hatte am 28. Juni 2016 ein abortives CRPS an beiden Händen diagnostiziert und die Beschwerdeführerin Dr. N.\_\_\_\_ zugewiesen (act. G1.15). Am 11. August 2016 befand dieser, es liege kein CRPS gemäss den international bekannten Kriterien nach Harden vor. Es liessen sich unverändert zu den Voruntersuchungen Sensibilitätsstörungen im Bereich der volarseitigen Finger I-III rechts passend zu einer peripheren Nervus medianus-Klinik bei auch dazu passender, weiterhin bestehender Verzögerung der distal motorischen Latenzen (DML) darstellen. Die anamnestisch von Prof. G.\_\_\_\_ erhobenen Werte im sympathischen Hautreflex, welche rechts gegenüber links etwas verzögert gewesen seien, seien allenfalls als Indiz für eine durchgemachte Symptomatik möglicherweise auch eines sympathisch unterhaltenen Schmerzes zu werten (act. G1.16). Bezüglich der persistierenden Verzögerung der distal motorischen Latenz bemerkte Kreisärztin Dr. L.\_\_\_\_ am 28. Oktober 2016 plausibel, eine solche spreche nicht gegen einen positiven Operationserfolg und eine klinische Besserung. Weiter führte sie aus, die Angaben der Beschwerdeführerin seien inkonsistent. Unbestritten sei jedoch, dass postoperativ weder Prof. G.\_\_\_\_ noch Dr. N.\_\_\_\_ motorische Defizite objektiviert hätten. In der Untersuchung von Dr. N.\_\_\_\_ sei die sensible Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus rechts nicht gemessen worden. Somit könne diese Untersuchung zur allfälligen Objektivierung der Sensibilitätsstörungen nicht herangezogen werden. Mit der Messung der DML und der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit könnten nur motorische Aspekte beurteilt werden. Ob die bereits im November 2015 weitestgehend



erholte sensible Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus rechts als objektives organisches Substrat der angegebenen Sensibilitätsstörungen gelten könne, sei nicht mit ja oder nein zu beantworten, da sensible Störungen und Messwerte nicht zwangsläufig korrelierten (Suva-act. I/152).

3.4 Zusammengefasst sind die über den 31. März 2016 hinaus geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich durch einen im Sinn der Rechtsprechung organisch nachweisbaren Unfallschaden erklärbar. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit.

4.

Somit ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 27. Januar 2015 und den im Einstellungszeitpunkt geklagten Beschwerden speziell zu prüfen. Die Beschwerdeführerin macht vor allem Schmerzen im Handgelenk rechts, eine verringerte Grifffestigkeit und Kälteempfindlichkeit geltend (vgl. act. G1.15). Med. pract. K.\_\_\_\_ hatte zudem am 23. Mai 2016 die vorläufige Diagnose einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21) vor dem Hintergrund des Quetschtraumas, gestellt (Suva-act. 121-4 ff.).

4.1 Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischen liegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Dabei gelten als schwer nur solche Unfälle, bei



denen sämtliche Umstände, insbesondere die Dramatik des Unfallereignisses und die Dauer desselben wie auch die somatischen Unfallfolgen eine für die versicherte Person aussergewöhnliche Eindrücklichkeit aufweisen.

4.2 Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Vielmehr genügt ein Kriterium, wenn es sich um einen schweren Unfall im mittleren Bereich handelt. Falls keinem Kriterium besonderes Gewicht zukommt, müssen mehrere unfallbezogene Kriterien bejaht werden können. Dabei gilt, dass je leichter der Unfall ist, desto mehr Kriterien erfüllt sein müssen. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C\_897/2009 E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen insofern präzisiert, als bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn drei Adäquanzkriterien genügen, auch wenn sie nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vorliegen. Bei Unfällen im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen sind hingegen vier Adäquanzkriterien zu erfüllen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C\_487/2009, E. 5 mit Hinweis).



4.3 Vorliegend klemmte sich die Beschwerdeführerin am 27. Januar 2015 morgens um 04:00 Uhr beim Stossen einer Rollbox die Hand zwischen der Rollbox und einer Mauer ein. Sie hielt die Box am Griff, als diese gegen die Wand rollte (Suva-act. I/1, I/24). Der Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 10. Juli 2015 ist zu entnehmen, dass eine solche Box zwischen 800 und 1000kg wiege (Suva-act. I/38). Die Beschwerdeführerin gab gegenüber Dr. M.\_\_\_\_ an, sie habe dicke Winterhandschuhe getragen und sofort einen Schmerz palmar gespürt. Sie habe dann noch bis 05:45 Uhr weitergearbeitet (act. G1.15). Mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 17. August 2007, U 605/06, E. 4; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C\_62/2016, E. 4.2.2) ist fraglich, ob es sich dabei um einen banalen Unfall oder ein mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen handelt. Diese Frage kann jedoch offen bleiben, da, wie sich nachfolgend ergibt, selbst wenn man zugunsten der Beschwerdeführerin von letzterer Variante ausgeht, die Adäquanz zu verneinen ist.

4.4 Folglich müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

4.4.1 Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Von einer besonderen Eindrücklichkeit oder Dramatik im Sinn der Rechtsprechung kann im vorliegenden Fall nicht gesprochen werden, weshalb das Kriterium zu verneinen ist.

4.4.2 Die Beschwerdeführerin zog sich beim Unfall vom 27. Januar 2015 ein Quetschtrauma der rechten Mittelhand mit einem Bone bruise am Metacarpale II- und



III-Köpfchen zu (Suva-act. I/26). Später entwickelte sich ein Karpaltunnelsyndrom, dessen Unfallkausalität umstritten ist (vgl. act. G1, G5, Suva-act. I/152). Das Quetschtrauma kann nicht als besonders schwer oder als Verletzung besonderer Art eingestuft werden. Auch ist eine derartige Verletzung in der Regel nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

4.4.3 Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab massgeblich. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, U 488/05 E. 3.2.3, BGE 134 V 128 E. 10.2.3). Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U11/07 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin wurde zuerst konservativ mit einer Ruhigstellung der Hand und Analgesie behandelt (Suva-act. I/24). Im weiteren Verlauf erhielt sie Ergo- und Physiotherapie (vgl. Suva-act. I/6, I/8, I/89). Am 21. Mai 2015 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer endoskopischen Karpaldachspaltung rechts (Suva-act. I/22). Aufgrund des protrahierten Heilungsverlaufs (Suva-act. I/41, I/43, I/49) wurde am 7. September 2015 eine Revisionsoperation durchgeführt (Suva-act. I/62). Seither fanden keine operativen Eingriffe mehr statt und die Beschwerdeführerin wurde primär bezüglich ihrer geltend gemachten Schmerzen weiter medikamentös und mit Ergo- bzw. Physiotherapie behandelt (bis im Dezember 2015; vgl. act. G1.15). Ausserdem begab sie sich in das Polymedes Schmerzzentrum Y.\_\_\_\_ (Suva-act. I/62 f., I/74, I/96, act. G1.15). Die Behandlung kann aus rein somatischer Sicht eher nicht als ungewöhnlich lange bezeichnet werden.

4.4.4 Die Beschwerdeführerin äusserte in den meisten medizinischen Berichten Schmerzen. Die behandelnden Ärzte konnten die Schmerzen aus somatischer Sicht jedoch nur teilweise nachvollziehen. So berichtete insbesondere Dr. F.\_\_\_\_ am 9. Dezember 2015 über eine unklare Schmerzsymptomatik und prolongierte neurologische Symptome, für die er keinen Grund finden könne (Suva-act. I/72). Auch Dr. J.\_\_\_\_ konnte die beklagten Beschwerden nur teilweise objektivieren und empfahl



eine Evaluation der geeigneten Schmerzbehandlung (Suva-act. I/82). Die Beschwerdeführerin liess sich darauf im Polymedes Schmerzzentrum Y.\_\_\_\_ behandeln (Suva-act. I/96). Das Kriterium der Dauerschmerzen ist damit zwar erfüllt, wegen der genannten fehlenden Objektivierbarkeit jedoch nicht in relevanter Weise.

4.4.5 Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ergeben sich weder aus den Akten noch werden solche von den Parteien geltend gemacht.

4.4.6 Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06 E. 4.3.2 und vom 10. Juli 2008, 8C\_61/2008 E. 7.6). Der Heilungsverlauf der Beschwerdeführerin war protrahiert (vgl. Suva-act. I/43, I/49, I/72), es traten jedoch weder besondere Schwierigkeiten noch erhebliche Komplikationen auf.

4.4.7 Der Beschwerdeführerin wurde von den behandelnden Ärzten seit dem Unfall bis zum 15. Mai 2016 mit kurzen Unterbrüchen eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (vgl. u.a. Suva-act. I/5, I/111). Dr. M.\_\_\_\_ berichtete über einen geplanten Arbeitsversuch ab Juni 2016 in einer alternativen Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ (act. G1.15). Das Kriterium der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist insgesamt eher zu bejahen, wenn auch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

4.4.8 Da somit höchstens zwei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Januar 2015 und den geklagten nicht objektivierbaren organischen sowie psychischen Beschwerden zu verneinen. Damit erübrigt sich die Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs derselben (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1).

5.

Selbst wenn man davon ausginge, dass weiterhin objektivierbare organische Beschwerden bedingt durch ein Karpaltunnelsyndrom rechts (Verzögerung der



Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus) vorlägen, wären diese mit der Beschwerdegegnerin (act. G5) nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu betrachten. Bei der Untersuchung im Spital Z.\_\_\_\_ am 27. Februar 2015 wurde keine Medianussymptomatik festgestellt. Die behandelnden Ärzte hielten fest, die rechte Hand sei unauffällig ohne merkliche Schwellung im Bereich der gesamten Hand im Seitenvergleich. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten der Sensibilität und Motorik (Suva-act. I/16). Das am 6. März 2015 erstellte MR des Handgelenks rechts ergab einen Bone bruise am Metacarpale II- und III-Köpfchen (Suva-act. I/26). Wie Dr. L.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 28. Oktober 2016 gestützt auf die ihr vorliegenden Abbildungen der MR-Untersuchung plausibel erklärte, stellte sich der Karpaltunnel damals unauffällig, ohne beispielsweise einengendes Ödem, dar (Suva-act. I/152). Erst am 24. April 2015 berichteten die behandelnden Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ erstmals über einen neu aufgetretenen Verdacht auf ein posttraumatisches Karpaltunnelsyndrom rechts (Suva-act. I/14). Dr. L.\_\_\_\_ führte überzeugend aus, dass die Beschwerden, die auf eine Läsion des Nervus medianus hindeuteten, mit einer Latenz von drei Monaten eingetreten seien, sei medizinisch nicht zu erklären. Verletzungsfolgen zeigten naturgemäss einen regredienten Verlauf. Wie das MR vom 6. März 2015 belege, hätten sich die durch die Weichteilreaktion im Bereich der Hand entstandene Schwellung respektive das Ödem als mögliche Druckursache im Karpaltunnel zurückgebildet. Sensibilitätsstörungen, die durch eine Schädigung des Nervus medianus bedingt durch ein Ödem oder Blut im Karpaltunnel entstanden sein sollten, wären innerhalb weniger Tage nach Verletzung zu erwarten gewesen. Aus neurologischer Sicht spreche die Latenz zwischen Weichteilverletzung und Eintreten der sensiblen Beschwerden bei zwischenzeitlich gut dokumentierten Befunderhebungen gegen einen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen dem Quetschtrauma der rechten Hand vom 27. Januar 2015 und dem Karpaltunnelsyndrom. Die inkonstante Sensibilitätsstörung in der rechten Hand sei damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Quetschtrauma zu erklären (Suva-act. I/152). Bereits der Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ vom 9. August 2016 sind Vorbehalte bezüglich der Unfallkausalität des Karpaltunnelsyndroms zu entnehmen. So hielt sie lediglich fest, das Karpaltunnelsyndrom sei zumindest im zeitlichen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 27. Januar 2015 diagnostiziert worden, und beurteilte die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden lediglich unter der Annahme, dass ein Zusammenhang der Läsion des Nervus medianus mit dem



Unfall bestehe (Suva-act. I/125). Dr. M.\_\_\_\_ befand zwar am 5. September 2016 nach einem Telefongespräch mit Dr. N.\_\_\_\_, die Beschwerdesituation im Bereich der rechten Hand sei weiterhin unfallkausal, begründete dies jedoch nicht (act. G1.17). Dr. N.\_\_\_\_ selbst hatte in seinem Bericht vom 11. August 2016 festgehalten, er könne wegen seines Interessenkonfliktes als auch bei der Beschwerdegegnerin tätiger Arzt zur Unfallkausalität nicht Stellung nehmen (act. G1.16). Die Beurteilungen der behandelnden Ärzte sind damit nicht geeignet, die Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ in Frage zu stellen. Somit wäre der Kausalzusammenhang zwischen allfälligen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. März 2016 noch bestehenden objektivierbaren organischen Beschwerden und dem Unfall vom 27. Januar 2015 überwiegend wahrscheinlich zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin wäre somit berechtigt gewesen, die Leistungen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 130 V 380) ex nunc et pro futuro einzustellen.

6.

6.1 Nach dem Gesagten lagen spätestens zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. März 2016 keine unfallkausalen Beschwerden mehr vor. Der Einspracheentscheid vom 12. August 2016 ist damit nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

6.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

6.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.