



Fall-Nr.: UV 2012/81
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2019
Entscheiddatum: 06.09.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 06.09.2013

Art. 6 UVG. Der Wegfall der Unfallkausalität von Beschwerden an der linken Hand im Nachgang zu einem Quetschtrauma ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte zu Unrecht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. September 2013, UV 2012/81).

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Annina Baltisser

Entscheid vom 6. September 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Sonja Gabi, Gabi/Zarro/Von Gunten
Rechtsanwälte, Flurstrasse 30, 8048 Zürich,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____, war seit dem 20. August 2009 bei der B.____ GmbH, als Gartenbauehilfe tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er gemäss Unfallmeldung vom 10. März 2010 am 9. März 2010 beim Abladen von grossen Fibroplatten eine Quetschung der linken Mittelhand erlitt (Suva-act. 134). Im Bericht vom 23. Mai 2010 diagnostizierte Dr. med. C.____, Fachärztin FHM für Allgemeine Innere Medizin, Daumenschmerzen linke Hand bei Fraktur des ulnarseitigen Os sesamoideum. Die Röntgenuntersuchung vom 22. April 2010 habe einen beginnenden Kallus gezeigt. Dem Versicherten wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 9. März bis 16. Mai 2010 attestiert (Suva-act. 6, vgl. auch Suva-act. 4). Das Stadtspital D.____, bestätigte im Arztzeugnis vom 26. Mai 2010 eine Erstbehandlung am Unfalltag und stellte die Diagnose Quetschtrauma Daumen links. Der Röntgenbefund habe eine Aufhellungslinie über ulnarseitigem Os sesamoideum ergeben (Suva-act. 8). Nachdem ein Arbeitsversuch ab 17. Mai 2010 im 100%-Pensum aufgrund von anhaltenden Schmerzen scheiterte, war der Versicherte ab 25. Mai 2010 im 50%-Pensum tätig. Ab dem 7. Juli 2010 war er zu 100% arbeitsfähig (Suva-act. 7, 9, 10, 13).

A.b Am 23. Dezember 2010 liess der Versicherte der Suva einen Rückfall zum Ereignis vom 9. März 2010 melden (Suva-act. 14). Im Zwischenbericht vom 13. Januar 2011 diagnostizierte Dr. C.____ Schmerzen über dem Metacarpale und Dig. I sowie eine Schwellung nach Quetschtrauma im März 2010. Es beständen noch eine massive Schwellung und eine Bewegungseinschränkung der Daumenflexion (Suva-act. 19). Die Ärzte des Stadtspitals D.____ hielten im Arztzeugnis vom 12. Januar 2011 fest, der Röntgenbefund habe eine mögliche, nicht dislozierte Fraktur Os sesamoideum links ergeben. Als Diagnose wurde der Verdacht auf eine Fraktur des Os sesamoideum ulnarseits links und Quetschtrauma MC I Hand links festgehalten (Suva-act. 20). Dem Versicherten wurde ab dem 20. Dezember 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Suva-act. 23).



A.c Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, an welchen der Versicherte zur Weiterbehandlung überwiesen worden war, diagnostizierte im Bericht vom 8. Februar 2011 ein CRPS I linke Hand mit Neglect der Finger I und II nach Quetschverletzung am 9. März 2010. Die Röntgenuntersuchung vom 29. Dezember 2010 habe keine nachweisbaren ossären Läsionen, keine abgelaufene Fraktur sowie, von diskreten Gelenkveränderungen PIP II und DIP III-V abgesehen, keine nennenswerten degenerativen Veränderungen ergeben (Suva-act. 24). Am 22. Februar 2011 wurde der Versicherte von Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie, neurologisch untersucht. Im Bericht vom 23. Februar 2011 stellte Dr. F.____ die Diagnose CRPS I nach linksseitiger Handverletzung am 9. März 2010 durch Arbeitsunfall mit Verdacht auf Läsion des Nervus radialis superficialis sowie anhaltender funktioneller Bewegungseinschränkung mit Pseudoparese Dig. I und II (Suva-act. 29).

A.d Mit Schreiben vom 7. März 2011 anerkannte die Suva einen Rückfall zum Ereignis vom 9. März 2010 und erbrachte die gesetzlichen Leistungen rückwirkend ab dem 20. Dezember 2010 (Suva-act. 32).

A.e Im Bericht vom 5. April 2011 führte Dr. E.____ aus, der Röntgenbefund vom 4. April 2011 habe eine diskrete degenerative Veränderung auf Niveau des Sattelgelenks, allerdings keine erkennbare abgelaufene Fraktur ergeben (Suva-act. 42). Nach einem gescheiterten Arbeitsversuch im Mai 2011 (vgl. Suva-act. 48) wurde der Versicherte in der Rehaklinik Bellikon vom 25. Mai bis 29. Juni 2011 stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 4. Juli 2011 stellten die behandelnden Ärzte im Wesentlichen folgende Diagnosen: Massives Quetschtrauma des Daumens und des Zeigefingers links nach Unfall vom 9. März 2010, Verdacht auf Läsion des Nervus radialis superficialis, organisch-somatisch nicht nachvollziehbare Pseudoparese Daumen links (linkdominant) sowie Verdacht auf dissoziative Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.4). Dem Versicherten wurde eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 30. Juni 2011 mit Steigerung auf 100% bei gutem Verlauf innert ein bis zwei Monaten attestiert (Suva-act. 67; vgl. auch den psychiatrischen Konsiliarbericht vom 5. Juli 2011, Suva-act. 68).



A.f Im Bericht vom 31. August 2011 hielt Dr. E.____ fest, in einer MRI-Untersuchung vom 20. Juli 2011 sei die Thenarmuskulatur soweit ohne Vernarbungszeichen dargestellt worden. Es bestehe eine Arthrose im Sattelgelenk, kleine Knorpelschäden sowie eine etwas erweiterte Gelenkkapsel; auf dem Niveau des Daumengrundgelenks seien keine Veränderungen erkennbar (Suva-act. 72).

A.g Nachdem der Arbeitgeber des Versicherten die per 30. September 2011 ausgesprochene Kündigung wieder zurückgezogen hatte, war der Versicherte wiederum im 50%-Pensum tätig (vgl. Suva-act. 79, 84, 89, 101).

A.h Im Bericht vom 25. November 2011 stellte Dr. E.____ die Diagnose traumatisch bedingte Sattelgelenksirritation links bei diskreten degenerativen Veränderungen sowie Status nach CRPS I linke Hand nach Quetschverletzung am 9. März 2010. Als Therapieoption stehe eine basisnahe Korrekturosteotomie des Metacarpale I links zwecks Änderung der Achsen- und Belastungsverhältnisse zur Diskussion (Suva-act. 97). Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, führte im Bericht vom 24. Januar 2012 aus, elektrodiagnostisch zeige sich ein leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits mit kaum motorischer Mitbeteiligung. Es bestünden keine Hinweise auf eine akut oder chronisch neurogene Läsion im EMG des Musculus opponens pollicis. Es bestehe eine praktisch unveränderte Situation gegenüber der Voruntersuchung bei Dr. F.____ vom 22. Februar 2011 (Suva-act. 110, 111). Im Bericht vom 3. Februar 2012 führte Dr. E.____ aus, trotz Restrisiken stelle die basisnahe Korrekturosteotomie die erfolgversprechendste Therapiemassnahme dar; eine zentrale Ursache der Adduktions-/ Retropulsionshaltung des Daumenstrahls könne jedoch nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, womit ein Unsicherheitsfaktor in Bezug auf die vorgeschlagene Operation verbleibe (Suva-act. 113).

A.i In einer Stellungnahme vom 18. April 2012 führte Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, es habe zu keiner Zeit ein struktureller Schaden an der rechten (richtig: linken) Hand nachgewiesen werden können. Sowohl die Rhizarthrose als auch das leichtgradige Karpaltunnelsyndrom seien unfallfremd (Suva-act. 99). Gestützt darauf stellte die Suva die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 26. April 2012 per 30. April 2012 ein. Es bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher



Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 9. März 2010 und den gemeldeten Handgelenkbeschwerden sowie der geplanten Operation (Suva-act. 122).

A.j Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 14. Mai 2012 Einsprache und führte aus, er habe vor dem Unfall vom 9. März 2010 problemlos im 100%-Pensum arbeiten können und habe erst seitdem Probleme mit der Hand. Er verwies zudem auf ein beigelegtes Schreiben von Dr. C.____ vom 11. Mai 2012, wonach von Unfallfolgen auszugehen sei (Suva-act. 126). Der Krankenversicherer des Versicherten, die sana24 AG, zog seine am 20. Juni 2012 vorsorglich erhobene Einsprache (Suva-act. 138) am 27. Juni 2012 wieder zurück (Suva-act. 141).

A.k In der ärztlichen Beurteilung vom 4. September 2012 führte Suva-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Chirurgie, aus, das derzeitige Beschwerdebild an der linken Hand stehe in einem nur noch möglichen ursächlichen Zusammenhang zum Unfall vom März 2010 (Suva-act. 144).

A.l Gestützt auf den Bericht von Dr. I.____ vom 4. September 2012 wies die Suva die Einsprache des Versicherten mit Einspracheentscheid vom 10. September 2012 ab und führte aus, die geltend gemachten Handbeschwerden könnten spätestens ab Ende April 2012 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 9. März 2010 zurückgeführt werden. Die noch vorliegende Arbeitsunfähigkeit beruhe auf krankhaften Ursachen (Suva-act. 145).

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch Rechtsanwältin Dr. iur. Sonja Gabi, Zürich, am 18. Oktober 2012 Beschwerde erheben und beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, rückwirkend und bis auf Weiteres die ihm zustehenden UVG-Leistungen zu erbringen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen auf eine der Beschwerde beiliegenden Stellungnahme von Dr. E.____ vom 15. Oktober 2012 verwiesen (act. G 1). Darin führte dieser aus, die massive Quetschung sei nicht folgenlos abgeheilt; ein Status quo ante respektive quo sine liege nicht vor (act. G 1.4).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Dabei stützte sie sich



St.Galler Gerichte

im Wesentlichen auf eine weitere Stellungnahme von Dr. I.____ vom 21. November 2012 (Suva-act. 157).

B.c Mit Replik vom 15. April 2013 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers an ihren Anträgen fest und verlangte ergänzend eine Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Chirurgie sowie Handchirurgie, zur Abklärung des Vorliegens eines auf das Unfallereignis zurückzuführenden CRPS I (act. G 11).

B.d Mit Schreiben vom 6. Mai 2013 hielt die Beschwerdegegnerin unter Verzicht auf eine einlässliche Duplik an ihrem Antrag fest. Sie machte im Wesentlichen geltend, für die medizinische Annahme einer unfallbedingten, richtunggebenden Verschlimmerung des unfallfremden Vorzustandes (Arthrose des linken Daumensattelgelenkes) müsse die zwingende Voraussetzung einer neu hinzukommenden, objektivierbaren, strukturellen unfallbedingten Verletzung erfüllt sein. Dies sei im vorliegenden Fall klarerweise nicht gegeben, da keine Fraktur und keine Kapselbandverletzung vorliege (act. G 13).

B.e Mit Eingabe vom 21. Mai 2013 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers an ihrem Antrag auf Veranlassung einer Begutachtung durch Dr. J.____ fest und reichte zudem einen Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Chirurgie sowie Handchirurgie vom 8. Mai 2013, ein (act. G 15). Darin stellte dieser die Diagnosen noch aktives CRPS II bei Status nach massiver Quetschverletzung des dominanten linken Daumens und Zeigefingers am 9. März 2010, Status nach Quetschverletzung des radiovolaren und radiodorsalen Nervs D I links sowie Quetsch- und Distorsionstrauma des Sattelgelenkes links (act. G 15.1).

B.f Mit Eingabe vom 26. Juni 2013 nahm die Beschwerdegegnerin zum Bericht von Dr. K.____ vom 8. Mai 2013 Stellung (act. G 19). Im Weiteren reichte sie eine weitere Beurteilung von Dr. I.____ vom 20. Juni 2013 ein. Darin führte dieser im Wesentlichen aus, auch in Kenntnis des Berichtes von Dr. K.____ vom 8. Mai 2013 gebe es keine objektivierbaren Anhaltspunkte für einen stattgehabten Kapselligamentauriss am linken Daumensattelgelenk infolge des Unfalls vom 9. März 2010 (act. G 19.1).



B.g Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen:

1.

Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen, welche sie im Anschluss an die Anerkennung eines Rückfalls zum Unfallereignis vom 9. März 2010 ab dem 20. Dezember 2010 ausgerichtet hatte, zu Recht auf den 30. April 2012 einstellte.

1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossen Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177, E. 3.1 mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und



dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle; sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne Weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen).

1.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. dazu Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Für die Verneinung muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre



kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). 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 (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit dem 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Dezember 2003, U 258/02, sowie vom 31. August 2001, U 285/00).

1.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG; SR 830.1]). 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 (vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N 33 ff. zu Art. 43). 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. 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 Hinweisen). 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 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen). An die Beweiswürdigung von Stellungnahmen versicherungsinterner



Ärztinnen und Ärzte sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 472 E. 4.7).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid insbesondere auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. I.____ (Suva-act. 144, 157, act. G 19.1), gemäss welchem das derzeitige Beschwerdebild an der linken Hand in einem nur noch möglichen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. März 2010 stehe und weder ein CRPS vorliege noch von einer richtunggebenden Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustandes auszugehen sei.

2.2 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 (Complex regional pain syndrome, komplexes regionales Schmerzsyndrom), die eintreten, obwohl die Verheilung einer strukturellen Läsion grundsätzlich günstig verlaufen ist (vgl. dazu A. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 695ff.).

2.3 Dr. I.____ führt als beratender Arzt der Beschwerdegegnerin in seinen Beurteilungen vom 4. September 2012, 21. November 2012 und 20. Juni 2013 (Suva-act. 144, 157, act. G 19.1) aus, aufgrund der am 2. Februar 2011 von Dr. E.____ erhobenen klinischen Befunde sei es nicht möglich, rückwirkend auf ein CRPS I zu schliessen; ein solches sei zuvor von keinem Arzt diagnostiziert worden. Unter Anwendung der Budapest-Kriterien müsse die Diagnose als höchstens teilweise erfüllt erachtet werden, da nebst den trophischen Störungen Angaben über eine Allodynie und Hyperpathie fehlen würden. Die Diagnose CRPS könne auch nicht aufgrund der in der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 67, 68) festgehaltenen Beschwerden und klinischen Befunde bestätigt werden. Wie der spätere Verlauf gezeigt habe, hätten sich die Beschwerden immer mehr auf das Daumensattelgelenk, wo kernspintomographisch eine leichte Arthrose (Rhizarthrose) festgestellt worden sei, konzentriert. Das praktisch vollständige



Verschwinden der Beschwerden nach mehrmaligen Kortisoninfiltrationen spreche dafür, dass die eigentliche Schmerzursache im arthrotisch veränderten Daumensattelgelenk gesucht werden müsse. Ein direkter ursächlicher Zusammenhang dieser diskreten degenerativen Veränderungen des linken Daumensattelgelenkes mit dem Unfall vom 9. März 2010 müsse als unwahrscheinlich bezeichnet werden, da der Unfall zu keiner Fraktur im Bereich des linken Daumenstrahls geführt habe und bereits auf dem Röntgenbild vom 9. März 2010 leichte degenerative Veränderungen zu erkennen gewesen seien (was auf einen Vorzustand hinweise), welche auf den späteren Röntgenbildern nicht zugenommen hätten. Dies spreche gegen eine unfallbedingte richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden leichten Rhizarthrose. Somit habe der Unfall nur zu einem ersten Symptomatischwerden einer zuvor stummen Rhizarthrose geführt. Dies reiche nicht aus, um eine bleibende oder sogar richtunggebende Verschlimmerung über ein Jahr nach dem Unfall noch plausibel begründen zu können. Auch liessen sich die anhaltenden Beschwerden nicht mehr mit einer (folgenlos abgeheilten) Quetschverletzung erklären. Zusammenfassend werde das heutige Beschwerdebild somit durch den schicksalhaften Verlauf einer unfallfremden Rhizarthrose sowie einer Scapho-Trapezio-Trapezoideal-Gelenksarthrose (STT-Arthrose) bestimmt und nicht durch ein CRPS.

3.

3.1 Im Widerspruch zu den Aktenbeurteilungen von Dr. I.____ stehen die Ausführungen der behandelnden Ärzte Dr. E.____ und Dr. F.____ (act. G 1.4, Suva-act. 29) sowie die Beurteilung von Dr. K.____ (act. G 15.1). Während sowohl Dr. E.____ als auch Dr. F.____ ein CRPS I diagnostizierten, stellte Dr. K.____ im Rahmen einer Zweitbegutachtung vom 22. April 2013 u.a. die Diagnose noch aktives CRPS II.

3.2 Dr. E.____ führt in der Beurteilung vom 15. Oktober 2012 (act. G 1.4) aus, es liege kein Status quo ante bzw. sine vor, da die Quetschung, welche der Beschwerdeführer im März 2010 erlitten habe, nicht folgenlos abgeheilt sei. Es sei hinlänglich bekannt, dass neben Frakturen und anderweitigen Verletzungen insbesondere Quetschverletzungen sehr häufig Auslöser eines CRPS seien, was u.a. mit der begleitenden Quetschung von grösseren und/oder kleineren bis kleinsten Nervenstrukturen zusammenhänge. Recht typisch sei denn auch die unspezifische,



elektrophysiologisch meist schlecht oder gar nicht nachweisbare, teils grossflächige Ausdehnung der Nervenfunktionsstörung bis zum Quadrantensystem. Beim Beschwerdeführer beschränkten sich der Sensibilitätsverlust bzw. die schmerzhafteste Dysästhesie und motorischen Störungen auf den ganzen Daumen und Zeigefinger, allerdings bestünden Ausstrahlungen bis in die Schulter. Die anlässlich der Erstkonsultation vom 2. Februar 2011 noch vorliegende Symptomatik habe eindeutig auf die Diagnose eines CRPS I hingewiesen. Die richtunggebende Verschlimmerung eines (asymptomatischen) Vorzustandes stütze sich schliesslich nicht nur auf die Röntgendiagnostik, sondern vielmehr auf die Symptomatik. Dr. F.____ diagnostiziert ihrerseits im Bericht vom 23. Februar 2011 (Suva-act. 29) ein CRPS I nach linksseitiger Handverletzung mit Verdacht auf Läsion des Nervus radialis superficialis sowie anhaltender funktioneller Bewegungseinschränkung mit Pseudoparese Dig. I und II und führt aus, die langanhaltenden Schmerzen würden für ein CRPS I sprechen, was auch durch die pathologische sympathische Hautantwort der linken Hand gestützt werde. Neurographisch zeige sich zwar keine eindeutige Läsion des Nervus radialis superficialis, allerdings seien das sensible Nervenaktionspotential sowie die sensible Nervenleitgeschwindigkeit an der linken Hand geringer als an der rechten. Auch wenn die Seitendifferenz nicht eindeutig pathologisch sei, spreche dieser Befund unter Berücksichtigung des Unfallmechanismus für eine leichte Läsion des Nervs. Schliesslich führt Dr. K.____ im Bericht vom 8. Mai 2013 (act. G 15.1) aus, bei den Beschwerden des Beschwerdeführers handle es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um Restfolgen nach einem schweren Quetsch-/Distorsionstrauma im Bereich des linken Daumens und der linken Daumenwurzel. Die Schmerzhaftigkeit im Bereich des Sattel- und STT-Gelenkes sowie die entsprechende Schonhaltung seien mit grosser Wahrscheinlichkeit durch das Quetschtrauma mit nachfolgenden Vernarbungen im Kapselbandbereich bedingt. Dazu kämen die Quetschungen der volaren und dorsalen Daumenerven. Es handle sich im Prinzip aufgrund der Nervenverletzungen um ein CRPS II, welches noch nicht vollständig abgeklungen sei. Auch könne nicht von einer traumatisierten Sattelgelenksarthrose gesprochen werden, da die in den Röntgenbildern vom 22. April 2013 sichtbaren Veränderungen diesbezüglich unerheblich seien und die knöchernen Befunde zudem für Kapselligamentausrisse durch Quetschung und Distorsion sprechen würden.



3.3 Als CRPS werden Krankheitsbilder bezeichnet, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Während das CRPS I (früher insbesondere auch Morbus Sudeck) im Allgemeinen posttraumatisch auftritt, entwickelt sich das CRPS II (früher Kausalgie) als Folge einer Nervenläsion. Ein CRPS ist praktisch immer Folgekrankheit im Anschluss an eine auch geringfügige Verletzung, wobei in erster Linie eine Hand oder ein Arm betroffen sind. Auch tritt ein CRPS kaum je spontan auf (vgl. hierzu Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 1880 f.; A. Debrunner, a.a.O., S. 695). Obwohl – wie von Dr. I.____ angemerkt – die Diagnose eines CRPS von Dr. E.____ erstmals in der Untersuchung vom 2. Februar 2011 gestellt worden war, liegen insbesondere aufgrund der Beurteilungen von Dr. F.____ und Dr. K.____ dennoch wesentliche Anhaltspunkte vor, welche das Vorliegen eines CRPS als möglich erscheinen lassen und welche Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen von Dr. I.____ zu begründen vermögen.

3.4 Soweit Dr. I.____ auf das Vorliegen einer Rhizarthrose als unfallfremder Vorzustand abstellt und ausführt, bereits auf dem Röntgenbild vom 9. März 2010 seien leichte degenerative Veränderungen zu erkennen gewesen, gilt es festzuhalten, dass Dr. I.____ nicht darauf eingeht, dass gemäss der vorliegenden Aktenlage der Röntgenbefund vom 9. März 2010 (Suva-act. 8) eine Aufhellungslinie über dem ulnarseitigen Os sesamoideum und derjenige vom 22. April 2010 (Suva-act. 6) einen beginnenden Kallus ergeben hatten und solche Befunde auf eine Fraktur bzw. eine Verletzung des Knochens hindeuten könnten. Der Röntgenbefund vom 29. Dezember 2010 (Suva-act. 24) hatte seinerseits keine nachweisbaren ossären Läsionen, keine abgelaufene Fraktur sowie, von diskreten Gelenkveränderungen der Fingergelenke PIP II und DIP III-IV abgesehen, keine nennenswerten degenerativen Veränderungen ergeben. Erst der Röntgenbefund vom 4. April 2011 (Suva-act. 42) ergab eine diskrete degenerative Veränderung auf Niveau des Sattelgelenks, allerdings keine erkennbare abgelaufene Fraktur. In der MRI-Untersuchung vom 20. Juli 2011 (Suva-act. 72) wurden schliesslich die Thenarmuskulatur soweit ohne Vernarbungszeichen dargestellt und eine Arthrose im Sattelgelenk, kleine Knorpelschäden sowie eine etwas erweiterte Gelenkkapsel festgestellt, wobei auf dem Niveau des Daumengrundgelenks keine Veränderungen erkennbar waren. Damit ergibt sich betreffend das Vorliegen eines degenerativen



Vorzustandes ein medizinisches Aktenbild, welches als unklar zu bezeichnen ist. Auch erscheint – insbesondere vor dem Hintergrund der von Dr. F.____ festgestellten leichten Läsion des Nervus radialis superficialis sowie den von Dr. K.____ aufgeführten Quetschungen der volaren und dorsalen Daumennerven – nicht abschliessend geklärt, ob und inwieweit vom Vorliegen struktureller Veränderungen bzw. einer strukturellen Läsion auszugehen ist. Sodann liefert Dr. I.____ im Zusammenhang mit seiner Argumentation, die Arthrose sei gemäss Bildgebung unverändert, keine nachvollziehbare Begründung für die bestehenden Schmerzen des Beschwerdeführers, zumal er auch nicht darauf hinweist, eine psychische Komponente in Betracht zu ziehen.

3.5 Schliesslich fehlt es den Ausführungen von Dr. I.____ auch an einer weiterführenden Auseinandersetzung mit dem im Rahmen des Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der Rehaklinik Bellikon geäusserten Verdacht auf dissoziative Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (Suva-act. 67, 68). Dies umso mehr, als gerade bei einem möglichen CRPS psychische Wechselwirkungen eine wesentliche Rolle im gesamten Krankheitsgeschehen spielen (vgl. hierzu A. Debrunner, a.a.O., S. 697). 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. 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 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, 2006/89, sowie vom 18. Oktober 2005, UV 2005/28; vgl. auch A. Debrunner, a.a.O., S. 695).

3.6 Was die Stellungnahme des Suva-Kreisarztes Dr. H.____ vom 18. April 2012 (Suva-act. 99) betrifft, so kann diese nicht herangezogen werden um den Wegfall der Unfallkausalität rechtsgenügend darzulegen, da Dr. H.____ in seiner Beurteilung lediglich die Rhizarthrose und das leichtgradige Karpaltunnelsyndrom als unfallfremd bezeichnet und diesbezüglich einzig vorbringt, dass zu keiner Zeit ein struktureller Schaden an der



rechten (richtig: linken) Hand habe nachgewiesen werden können. Dabei enthält er sich jeder weiterführenden nachvollziehbaren Begründung. Der Aktenlage sind keine weiteren Aussagen Dr. H.___s zu entnehmen; insbesondere geht der Inhalt des von Dr. E.___ erwähnten Telefongesprächs vom 10. Januar 2012 (vgl. hierzu Suva-act. 116, 151) aus den Akten nicht hervor.

3.7 Insgesamt ist der Wegfall der Unfallkausalität nach Anerkennung eines Rückfalls per 20. Dezember 2010 durch die Beurteilungen der die Beschwerdegegnerin beratenden Ärzte Dr. I.___ und Dr. H.___ nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

4.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Dahinfallen des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 9. März 2010 und den über den 30. April 2012 hinaus geklagten Beschwerden an der linken Hand nicht rechtsgenügend dargetan ist. Die Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin per 30. April 2012 erweist sich damit als ungerechtfertigt. Im Hinblick auf eine allfällige spätere Leistungseinstellung wird es sich angesichts der widersprüchlichen medizinischen Aktenlage aufdrängen, den Beschwerdeführer durch einen unabhängigen, auf Handchirurgie und insbesondere auf dem Gebiet des CRPS spezialisierten, Facharzt untersuchen zu lassen. Daneben wird je nach Abklärungsergebnis auch eine psychiatrische Exploration des Beschwerdeführers zu veranlassen sein.

5.

5.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheides vom 10. September 2012 gutzuheissen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer über den 30. April 2012 hinaus die gesetzlichen Leistungen für den am 9. März 2010 erlittenen Unfall auszurichten.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der



Parteikosten. Die Parteienschädigung ist – wie in vergleichbaren Verfahren üblich – pauschal auf Fr. 4'000.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP **entschieden:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer über den 30. April 2012 hinaus die gesetzlichen Leistungen für den am 9. März 2010 erlittenen Unfall zu erbringen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.