



Fall-Nr.: UV 2018/5
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 19.09.2019
Entscheiddatum: 09.08.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 09.08.2019

Art. 6 UVG: Verneinung der Unfallkausalität einer Tendovaginitis de Quervain als (Spät-)Folge oder Begleiterscheinung einer primären strukturellen Verletzung des streitigen Unfalls. Distorsion im Bereich des Handgelenks als Unfallverletzung: Die Heilung der entsprechenden Beschwerdesymptomatik per Datum der Leistungseinstellung ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. August 2019, UV 2018/5).

Entscheid vom 9. August 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),
Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers;
Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2018/5

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Alex Beeler, Beeler Schuler Rechtsanwälte,
Pilatusstrasse 30, Postfach 2119, 6002 Luzern,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Bauarbeiter bei der B.____ AG tätig und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 20. März 2017 meldete die Arbeitgeberin, dem Versicherten habe es am 15. März 2017 beim Beton Ausladen die rechte Hand und deren Finger zu weit nach hinten gedehnt (Suva-act. 1). Eine Erstbehandlung hatte am 16. März 2017 durch Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, stattgefunden, der die Befunde Schmerzen und Schwellung im Bereich des distalen Unterarms dorsalseitig radial erhoben, eine Tendovaginitis rechter Unterarm sowie einen Status nach Distorsion Handgelenk diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit ab 15. März 2017 bescheinigt hatte (Suva-act. 20; vgl. auch Suva-act. 2, 6 f.). Mit Schreiben vom 22. März 2017 sicherte die Suva dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 5).

A.b Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 30. März 2017 bestätigte Dr. C.____ die Diagnose Tendovaginitis Oberseite rechter Unterarm und verneinte eine Wiederaufnahme der Arbeit (Suva-act. 8).

A.c Am 31. März 2017 konsultierte der Versicherte erstmals Dr. med. D.____, Facharzt FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Chirurgie und Handchirurgie. Dieser bestätigte zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, empfahl jedoch am 20. April 2017 eine 50%ige Teilarbeitsfähigkeit ab 24. April bis 7. Mai 2017



(Suva-act. 19, 23). Ab 8. Mai 2017 bescheinigte Dr. D.____ dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 19, 27). Am 6. April 2017 war beim Versicherten im Röntgeninstitut E.____ eine MRT-Untersuchung des rechten Handgelenks durchgeführt worden, in welcher sich weder eine ligamentäre Ruptur oder Instabilitätskriterien im Handgelenksbereich noch eine ossäre Läsion/bone bruise gezeigt hatten, jedoch eine leichte Tenosynovitis des zweiten Strecksehnenfachs zur Darstellung gelangt war (Suva-act. 45). Am 12. Mai 2017 reichte Dr. D.____ der Suva einen Untersuchungsbericht mit der Diagnose posttraumatische Tendovaginitis de cava Unterarm rechts ein und teilte mit, es sei eine operative Spaltung des ersten Strecksehnenfachs geplant. Postoperativ werde eine Arbeitsunfähigkeit von etwa zehn Tagen zu 100% eintreten. Bis zum Operationstermin werde der Versicherte vollschichtig arbeiten (Suva-act. 26). Am 18. Mai 2017 führte Dr. D.____ die Handgelenksoperation durch (Suva-act. 28). Nach der angekündigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ging Dr. D.____ im Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2017 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab 6. Juni 2017 aus (Suva-act. 30). Es folgten vollschichtige Arbeitsversuche des Versicherten, wobei er aber die Arbeit wiederholt voll aussetzte und ihm von Dr. D.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (Suva-act. 31 ff., 38f., 41). In den jeweiligen Untersuchungsberichten (Suva-act. 31 f., 39, 41) hielt Dr. D.____ die Diagnose Restbeschwerden nach Spaltung des ersten Streckerfachs rechts vom 18. Mai 2017 bei posttraumatischer Tendovaginitis de Quervain nach Distorsion vom 5. März 2017 fest. Am 5. Juli 2017 führte er beim Versicherten eine Infiltration durchgeführt (Suva-act. 39). Dr. C.____ bescheinigte dem Versicherten ab 12. Juli 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 51).

A.d Zur Einholung einer Zweitmeinung wurde der Versicherte am 19. Juli 2017 von PD Dr. med. F.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie, untersucht. Dieser diagnostizierte einen Verdacht auf persistierende Tendovaginitis de Quervain Hand rechts (dominant) (DD: protrahierter postoperativer Verlauf) mit/bei: Status nach Distorsions-Trauma bei der Arbeit im März 2017, Status nach Spaltung des ersten Strecksehnenfachs am 18. Mai 2017 und Status nach Kortison-Infiltration Anfang Juli 2017 bei persistierenden Beschwerden. Im Untersuchungsbericht hielt Dr. F.____ weiter fest, dass sich nicht selten im ersten Strecksehnenfach einige anatomische Varianten (mehrere Sehnen, mehrere Subkompartimente) fänden. Ausserdem fänden sich manchmal Ganglien im



St.Galler Gerichte

Strecksehnenfach. Würden diese nicht vollständig revidiert, persistiere das Problem. Zwar sei im Operationsbericht explizit erwähnt, dass diese Dinge nicht vorgelegen hätten, dennoch habe er den Versicherten für eine MRT-Untersuchung angemeldet (Suva-act. 42).

A.e Die MRT-Untersuchung des rechten Handgelenks wurde am 26. Juli 2017 im Institut G.____ durchgeführt. Darin zeigten sich Zeichen einer Tendosynovitis des ersten Strecksehnenfachs, eine Peritendinitis im sechsten Strecksehnenfach und eine longitudinale Partialruptur der subluxierten ECU-Sehne auf Höhe des Processus styloideus ulnae. Weiter wurde der Verdacht auf eine nicht kommunizierende TFCC-Läsion auf Höhe des fovealen Ansatzes gestellt (Suva-act. 48).

A.f Am 9. August 2017 wurde der Versicherte im Auftrag der Suva (vgl. Suva-act. 34) durch Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesie, untersucht. Im Untersuchungsbericht vom 10. August 2017 diagnostizierte dieser persistierende Parästhesien und eine Schwäche im rechten Daumen nach Sehnenfachspaltung am rechten Vorderarm wegen posttraumatischer Tendovaginitis und erachtete eine Arbeitsfähigkeit in den nächsten Monaten als sehr unwahrscheinlich (Suva-act. 43).

A.g Nach Einholung einer kreisärztlichen Beurteilung von Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Suva-act. 50), eröffnete die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 30. Oktober 2017, dass die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 23. September 2017 wieder erreicht gewesen. Der Schadenfall müsse, was die Unfallfolgen anbelange, per 1. November 2017 abgeschlossen und ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen abgelehnt werden. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilbehandlung) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt. Die weiter andauernde Arbeitsunfähigkeit und die medizinische Behandlung gingen zu Lasten der Krankenversicherung (Suva-act. 54).

A.h Mit Schreiben vom 21. und 23. November 2017 liessen sich Dr. C.____ bzw. Dr. F.____ zur Leistungseinstellung der Suva vernehmen (Suva-act. 59, 65).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen die Verfügung vom 30. Oktober 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch die Gewerkschaft Unia mit Eingabe vom 28. November 2017 Einsprache (Suva-act. 62).

B.b Am 5. Dezember 2017 verfasste Dr. I. ___ eine ausführliche ärztliche Beurteilung insbesondere zur Frage, ob strukturelle Läsionen an der rechten Hand vorliegen würden, die mindestens überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 15. März 2017 zurückgeführt werden könnten (Suva-act. 66).

B.c Mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2018 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 68).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt A. Beeler, Fachanwalt SAV Haftpflicht- und Versicherungsrecht, Luzern, mit Eingabe vom 31. Januar 2018 Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe über den 31. Oktober 2017 hinaus die aus dem Unfallereignis vom 15. März 2017 geschuldeten Leistungen zu erbringen. Sie habe insbesondere die Heilkosten zu übernehmen und Taggelder auf der Basis der vom behandelnden Arzt attestierten Arbeitsunfähigkeit auszurichten (act. G1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 7. März 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G3).

C.c Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G4 f.).

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. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 f. E. 3.1 f.; Alexandra Rumo/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 regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen 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; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen deckt (BGE 134 V 111 E.2, 127 V 103 E. 5b/bb, 117 V 365 mit Hinweisen; SVR 2000 Nr. 14 S. 45; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 58 f.). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl., Bern 2014, § 70 Rz. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich bei der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender



Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 263 f. E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Dieser Grundsatz gilt aber nur für Verletzungen, welche damals thematisiert worden waren und somit Gegenstand der Anerkennung bildeten (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05, auszugsweise publiziert in: AJP 2006 S. 1290 ff.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift indessen erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55).

1.2

1.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat unbestrittenermassen anerkannt, dass der Beschwerdeführer am 15. März 2017 einen Unfall im Sinne des Gesetzes mit einer schädigenden Einwirkung auf die rechte Hand und deren Finger erlitten hat und hat dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 22. März 2017 Heilkosten- und Taggeldleistungen zugesichert (vgl. Art. 10 und 16 UVG; Suva-act. 5). Dies geschah offensichtlich basierend auf der in der Schadenmeldung UVG vom 20. März 2017 angegebenen Unfallbeschreibung "Finger Hand beim Beton Ausladen zu weit nach hinten gedehnt" und gestützt auf die darin als Schädigung angeführte Verdrehung/Verstauchung der Mittelhand und der Finger rechts (Suva-act. 1). Weiter hatte der Beschwerdegegnerin ein Zeugnis von Dr. C.____ für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. bis 17. März 2017 vorgelegen (Suva-act. 2). Mit ärztlichem Zwischenbericht von Dr. C.____ vom 30. März 2017 erfuhr die Beschwerdegegnerin erstmals von der Diagnose Tendovaginitis Oberseite rechter Unterarm und einer fortdauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 8). Am 19. April 2017 reichte Dr. C.____ das Arztzeugnis UVG mit den Diagnosen Tendovaginitis rechter Unterarm und Status nach Distorsion Handgelenk sowie einer noch unbekanntem Arbeitsunfähigkeitsdauer ein. Er bejahte in Bezug auf die von ihm anlässlich der Erstbehandlung vom 16. März 2017



erhobenen Befunde (Schmerzen und Schwellung distaler Unterarm dorsalseitig radial) nur das teilweise Vorliegen von Unfallfolgen und vermerkte eine wahrscheinliche Überbeanspruchung (Suva-act. 20). Am 12. Mai 2017 reichte Dr. D.____ der Beschwerdegegnerin einen Untersuchungsbericht mit der Diagnose posttraumatische Tendovaginitis de cava Unterarm rechts ein und teilte mit, es sei eine operative Spaltung des ersten Strecksehnenfachs geplant. Postoperativ werde eine Arbeitsunfähigkeit von etwas zehn Tagen zu 100% eintreten (Suva-act. 26). Am 18. Mai 2017 nahm Dr. D.____ beim Beschwerdeführer bei der Indikation einer posttraumatischen Tendovaginitis de Quervain nach zurückliegender Distorsion vom 15. März 2017 eine Spaltung des ersten Streckerfachs Handgelenks rechts vor (Suva-act. 28). Am 19. bzw. 23. September 2017 liess die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der Tendovaginitis de Quervain kreisärztlich durch Dr. I.____ prüfen (Suva-act. 50).

1.2.2 Auch wenn angesichts des in Erwägung 1.2.1 dargelegten Sachverhalts die Tendovaginitis de Quervain bereits ab dem 30. März 2017 in den Akten der Beschwerdegegnerin vermerkt war, ergibt sich dennoch aus den Akten, dass sie ihre gesetzliche Leistungspflicht in Bezug auf eine auf den Unfall vom 15. März 2017 zurückzuführende strukturelle Läsion an der Hand des Beschwerdeführers, konkret in Bezug auf die Tendovaginitis de Quervain, erst nach dem protrahierten postoperativen Verlauf mit persistierenden Parästhesien und einer Schwäche im rechten Daumen rechtsgenügend durch ihren kreisärztlichen Dienst beurteilen liess (vgl. dazu Sachverhalt A.c - A.g; Suva-act. 50). Vor der Operation lagen der Beschwerdegegnerin keine Angaben medizinischer Fachpersonen vor, aus denen ein Sachverhalt entsprechend einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität der Tendovaginitis de Quervain hervorgegangen wäre (vgl. insbesondere Suva-act. 8, 20, 42). Erst mit der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. I.____ vom 23. September 2017 vermochte die Beschwerdegegnerin diesbezüglich eine abschliessende Würdigung vorzunehmen. Auch wenn die Beschwerdegegnerin die Operationskosten übernahm und für die ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Suva-act. 22, 27) weiter Taggeldleistungen erbrachte, kann damit die Anerkennung einer Leistungspflicht nicht explizit auf die Tendovaginitis de Quervain bezogen werden. Die Beweislast hinsichtlich der Frage, ob es sich bei dieser um eine beim Unfall vom 15. März 2017 erlittene Verletzung gehandelt hat, liegt somit beim Beschwerdeführer (vgl. Erwägung 1.1). Eine



Anerkennung einer Leistungspflicht ist hingegen mit dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2017 für eine Verdrehung/Verstauchung der rechten Hand und deren Finger erfolgt (vgl. Suva-act. 1, 5).

2.

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 Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und 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 (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Berichts oder Gutachtens eines versicherungsinternen Arztes, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/20012, E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008,



8C_510/2007, E. 7.5.4). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. I.____ erstellt wurden (Suva-act. 50, 66), beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Dass Dr. I.____ erst nach Erlass der Verfügung vom 30. Oktober 2017 im Rahmen des Einspracheverfahrens einen ausführlichen Bericht verfasst hat, d.h. bei Erhebung der Einsprache unter Berücksichtigung derselben mit der Einreichung eines solchen beauftragt wurde, entspricht der gängigen Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin und ist entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (vgl. act. G1, Ziff. 14) nicht zu beanstanden. Das hatte insbesondere auch den Vorteil, dass Dr. I.____ die seither zu den Akten gelegten Stellungnahmen von Dr. C.____ (Suva-act. 62-12) und Dr. F.____ (Suva-act. 65) mitberücksichtigen konnte. Es kann nicht gesagt werden, Dr. I.____ habe im Zeitpunkt des Verfassens eines ausführlichen Berichts nach Erlass der angefochtenen Verfügung seine Neutralität bzw. Objektivität verloren (vgl. BGE 122 V 157 E. 1c). Hinweise auf eine voreingenommene oder sonst wie sachfremde Beurteilung ergeben sich weder aus der Beurteilung vom 5. Dezember 2017 (Suva-act. 66) noch werden solche vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers konkret dargetan. Die zur Diskussion stehende ärztliche Beurteilung wurde insbesondere in Kenntnis der Vorakten ("Aktenmässiger Verlauf") abgegeben und enthält eine ausführliche Begründung der vorliegend strittigen und von Dr. I.____ verneinten Frage des Vorliegens unfallkausaler struktureller Läsionen. Dr. I.____ als Facharzt der Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates kann die fachliche Qualifikation für die medizinische Würdigung des konkreten Falles nicht abgesprochen werden. Seine Fachrichtungen beinhalten die Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie von Unfallverletzungen, also auch von Verletzungen der Hände. Die Handchirurgie befasst sich zwar als Spezialgebiet der Chirurgie mit Beeinträchtigungen der Handfunktion. Dafür sind aber die Kreisärzte und Kreisärztinnen der Beschwerdegegnerin nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin grundsätzlich genügend qualifiziert. Da sie in dieser Funktion ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen sowie Heil- und



Therapieverläufe prüfend beobachten bzw. diesbezüglich Empfehlungen und Einschätzungen abgeben, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4.), welche im konkreten Fall gefragt sind. Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen von Dr. I.____. Ob letztlich auf die Aktenbeurteilungen abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

3.

3.1 Wegweisend und in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur definiert Dr. I.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 5. Dezember 2017 (Suva-act. 66) insbesondere die gesundheitliche Störung der Tendovaginitis de Quervain, d.h. ihre klinische Symptomatik, die durch sie hervorgerufenen organischen Veränderungen und ihre Ätiologie. Die Krankheit der Tendovaginitis des ersten Strecksehnenfachs sei erstmalig vom schweizerischen Chirurgen Fritz de Quervain 1895 beschrieben worden. Als Ursache für deren Entstehung werde eine übermässige Beanspruchung der Sehnen des Musculus abductor pollicis longus und Musculus extensor pollicis brevis infolge intensiver Belastung angenommen; seltener sei ein akuter Beginn nach Schlag oder distaler Radiusfraktur. Der abnützungsbedingte Prozess führe über eine anfängliche unspezifische entzündliche Schwellung des Sehnengleitgewebes zur Einengung des Strecksehnenfachs. Die schmerzhafte Behinderung der Gleitfähigkeit der Sehnen sei selbstunterhaltend. Klinisch bestünden starke, teils schneidende Schmerzen im radialen dorsalen Handgelenk, welche bei Bewegung des Daumens zunehmen würden. Die Krankheit sei meist einseitig. Die Ausführungen von Dr. I.____ zeigen auf, dass es sich bei einer Tendovaginitis de Quervain im Regelfall um ein krankheitsbedingtes Leiden handelt, welches als unfallkausaler Gesundheitsschaden höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge oder Begleiterscheinung einer primären Verletzung vorkommt, einem Schlag auf das Handgelenk oder einer distalen Radiusfraktur. Laut Dr. I.____ kann die alleinige Überdehnung/Zerrung des Handgelenks diese Erkrankung bzw. die Entzündung nicht herbeiführen (vgl. zur Überlastung als vorwiegender Ursache Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage Berlin 2017, S. 1782; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1808; Alfred M. Debrunner, Orthopädie,



Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 751). Nachfolgend gilt es mithin die Frage zu beantworten, ob die Tendovaginitis de Quervain des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch eine beim Unfall vom 15. März 2017 erlittene traumatische Verletzung im Bereich des ersten Strecksehnenfachs ausgelöst wurde oder degenerativer Natur bzw. die Folge einer Überbeanspruchung ist.

3.2 Grundsätzlich passt gerade die berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers auf dem Bau, bei der insbesondere die oberen Extremitäten schwer belastet sind, zu einer degenerativen Genese bzw. krankheitsbedingten Störung infolge Überbeanspruchung.

3.3 Dr. I.____ knüpft bezüglich der Beantwortung der Frage, von welcher Kausalität (Krankheits- oder Unfallkausalität) im konkreten Fall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist, angesichts der Ausführungen in Erwägung 3.1 überzeugend und schlüssig am Unfallmechanismus und den unfallnah gestellten Diagnosen an. In der Schadenmeldung UVG vom 20. März 2017 (Suva-act. 1) wird das Unfallereignis vom 15. März 2017 als Überdehnung der Finger bzw. der Hand ("Finger Hand beim Beton ausladen zu weit nach hinten gedehnt") beschrieben. Unter der Rubrik "Schädigung" ist eine Verdrehung/Verstauchung notiert. Gemäss Arzzeugnis UVG vom 19. April 2017 gab der Beschwerdeführer Dr. C.____ eine plötzliche Verrenkung an. Der Hausarzt diagnostizierte sodann bereits anlässlich der Erstbehandlung am 16. März 2017 eine Tendovaginitis rechter Unterarm, bejahte lediglich das teilweise Vorliegen von Unfallfolgen und notierte eine wahrscheinliche Überbeanspruchung (Suva-act. 20). Anlässlich der MRT-Untersuchung des rechten Handgelenks vom 6. April 2017 im Röntgeninstitut E.____ zeigten sich sodann weder eine ligamentäre Ruptur oder Instabilitätskriterien im Handgelenksbereich noch eine ossäre Läsion/bone bruise. Es bestätigte sich nur die leichte Tenosynovitis (Suva-act. 45). Angesichts dieser Aktenlage kommt Dr. I.____ zum überzeugenden Schluss, dass nirgends erwähnt sei, dass ein Gegenstand auf die betroffene Sehnenscheide gefallen wäre oder der Beschwerdeführer dort seinen Arm angeschlagen hätte (Suva-act. 50), und auch eine Radiusfraktur ausgeschlossen werden könne (Suva-act. 66). Die Tendovaginitis de Quervain des Beschwerdeführers sei damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Überlastungsproblem (Suva-act. 66).



3.4 In Bezug auf die unfallnah erhobene Tendovaginitis de Quervain hält Dr. I.____ sodann überzeugend fest, dass das vom Beschwerdeführer geschilderte Ereignis der Verrenkung des Handgelenks nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geeignet sei, innert 24 Stunden eine Tendovaginitis bzw. Sehnenscheidenentzündung auszulösen (Suva-act. 66). So erscheint es ohne Weiteres plausibel, dass sich bei einer Distorsion eine Entzündung als sekundäre Folge des Traumas zuerst entwickeln muss und nicht unmittelbar auftritt. Die dargelegten zeitlichen Verhältnisse sprechen also ebenfalls gegen eine überwiegend wahrscheinliche Tangierung des ersten Strecksehnenfachs im Zusammenhang mit der unbestrittenermassen erlittenen Distorsionsverletzung im Bereich des rechten Handgelenks.

3.5 Insgesamt ergeben sich damit aus den Akten keine objektiven Gesichtspunkte, welche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung aufkommen lassen und auf eine unfallbedingte Tendovaginitis de Quervain hinweisen würden. Die Wahrscheinlichkeit einer durch den Unfall bedingten Tendovaginitis de Quervain ist insgesamt betrachtet deutlich geringer als eine krankheitsbedingte Tendovaginitis de Quervain. Die fragliche Krankheit stellt damit nur eine mögliche, jedoch keine überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfallereignisses vom 15. März 2017 dar.

3.6 Die Untersuchungsberichte von Dr. D.____ vom 21. April 2017, 12. und 23. Mai 2017, 9. und 26. Juni 2017 sowie 5. und 12. Juli 2017 (Suva-act. 23, 26, 30 ff., 39, 41) und der Untersuchungsbericht sowie die Stellungnahme von Dr. F.____ vom 19. Juli bzw. 23. November 2017 (Suva-act. 42, 65) vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Der in der Diagnose der Untersuchungsberichte von Dr. D.____ verwendete Begriff "posttraumatisch" wird im medizinischen Sprachgebrauch zwar häufig gleichbedeutend mit "unfallkausal" verwendet. Nach üblichem, allgemein geläufigem Sprachverständnis wird der Ausdruck "post" oft aber auch mit der zeitlichen Abfolge - unter Ausschluss des Verhältnisses von Ursache und Wirkung - in Verbindung gebracht. Vor diesem Hintergrund ist in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Bedeutung dem Begriff "posttraumatisch" beizumessen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 2. Mai 2018, 8C_856/2017, E. 5.3, und 20. August 2014, 8C_524/2014, E. 4.3.3 mit Hinweisen). Da Dr. D.____ in seinen Untersuchungsberichten nicht explizit zur Frage der Unfallkausalität Stellung nimmt bzw. seine Berichte keine Begründung für eine allfällige



Unfallkausalität liefern, ist davon auszugehen, dass er "posttraumatisch" im Sinne von "erst nach dem Unfall entstanden" verwendete. Anlässlich der Untersuchung von Dr. F.____ vom 19. Juli 2017 (Suva-act. 42) liessen sich sodann zwar Befunde für eine persistierende Tendovaginitis de Quervain rechts erheben (palpationsdolente Schwellung über dem ersten Strecksehnenfach der rechten Hand, Finkelsteinzeichen weiterhin stark positiv), doch stellt er diese in einen Zusammenhang mit der postoperativen Situation und nicht mit dem Unfall vom 15. März 2017. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (act. G3) befasst sich Dr. F.____ auch in seiner Stellungnahme vom 23. November 2017 (Suva-act. 65) ausschliesslich mit dem postoperativen gesundheitlichen Verlauf und begründet die Ansicht, die Leistungseinstellung sei verfrüht, lediglich damit, dass eine neurologische Abklärung und weitere Operation indiziert seien. Zur Frage der Unfallkausalität der Sehnenscheidenentzündung äussert sich Dr. F.____ mit keinem Wort. Kein Beweiswert kommt schliesslich der Feststellung von Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 20. November 2017 zu, seines Erachtens würden weiterhin ausschliesslich Unfallfolgen vorliegen, welche die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers erklären würden (Suva-act. 62-12). Auch diese Feststellung erfolgte ohne jegliche Begründung. Dass die andauernde Tendovaginitis de Quervain-Problematik die Beschwerden des Beschwerdeführers zu begründen vermag, wird nicht angezweifelt, doch bedarf es für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin eben deren Unfallkausalität.

4.

Es sind auch keine sonstigen strukturellen Läsionen an der rechten Hand ausgewiesen, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 15. März 2017 zurückgeführt werden können und einer Leistungseinstellung per 31. Oktober 2017 entgegenstehen. Gegen eine Unfallkausalität der in der MRI-Untersuchung des rechten Handgelenks vom 26. Juli 2017 im Institut G.____ erwähnten strukturellen Gesundheitsschäden einer Partialruptur der subluxierten ECU-Sehne und einer TFCC-Läsion (Suva-act. 48) spricht, dass diese weder im früheren, unfallnahen MRT-Untersuchungsbericht vom 6. April 2017 des Röntgeninstituts E.____ (Suva-act. 45) noch im Operationsbericht vom 27. Juli 2017 von Dr. D.____ (Suva-act. 28) erwähnt sind. Im MRT-Untersuchungsbericht vom 6. April 2017 wird die TFCC explizit als nicht rupturiert beschrieben (Suva-act. 45). Eine traumatische Verletzung ist jedoch in der



Regel echtzeitlich am besten sichtbar. Nachfolgend schliesst der Heilungsprozess an, was normalerweise zu einer stetigen Abnahme der Erkennbarkeit von Verletzungen führt. Im MRI-Untersuchungsbericht vom 18. Mai 2017 wird die TFCC-Läsion im Übrigen lediglich als "Verdacht" ausgesprochen. In einer Verdachtsdiagnose ist jedoch nur eine mögliche organische Ursache zu sehen, welche den im Sozialversicherungsrecht geltenden Anforderungen an den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zu genügen vermag (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Aufgrund des Gesagten gelangt Dr. I.____ zum schlüssigen Ergebnis, dass an der rechten Hand keine strukturellen Läsionen vorliegen würden (Suva-act. 66). Die Beschwerdegegnerin weist im Übrigen in der Beschwerdeantwort vom 7. März 2018 (act. G3) zutreffend darauf hin, dass den obgenannten Befunden ärztlicherseits im Zusammenhang mit den anhaltenden Beschwerden offenbar ohnehin keine Bedeutung beigemessen wurde (vgl. Suva-act. 65). Die ECU-Sehne verläuft jedenfalls nicht innerhalb des ersten Strecksehnenfachs, wo die Beschwerdeproblematik des Beschwerdeführers lokalisiert ist, sondern im sechsten.

5.

5.1 Gemäss Schadenmeldung UVG vom 20. März 2017 (Suva-act. 1) und Arztzeugnis UVG vom 19. April 2017 (Suva-act. 20) hat hingegen der Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. März 2017 eine Distorsionsverletzung im Bereich des rechten Handgelenks erlitten. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin bezüglich dieser Unfallverletzung zu Recht per 31. Oktober 2017 ihre Versicherungsleistungen eingestellt hat.

5.2 Bei der Distorsion handelt es sich um eine Weichteilverletzung, die sich zwar beispielsweise durch den Unfallmechanismus erklären oder anhand klinisch erhobener Befunde - wie Hämatome, Schwellungen, Druckdolenz, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen, Muskelverhärtungen - objektivieren lässt; sie muss aber - wie im konkreten Fall - nicht von einer strukturellen Läsion begleitet sein (vgl. Debrunner, a.a.O., s. 412; Roche Lexikon, a.a.O., S. 357). Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass Weichteilverletzungen wie Distorsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Diese



medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N. 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, bei dem es sich um einen hypothetischen Zustand handelt, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2).

Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall, d.h. auf medizinische Sachverhalte, die sich im konkreten Fall gleich dargestellt haben. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren.

5.3 In den vorliegenden Akten finden sich keine Hinweise, welche bezüglich des Heilverlaufs der vom Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. März 2017 erlittenen Weichteilverletzung im Bereich des rechten Handgelenks auf einen Ausnahmefall hinweisen. Was die Schwere der Distorsion angeht, sind weder besondere, erschwerende Tatbestandselemente erwähnt noch werden solche geltend gemacht. Eine Distorsion kann sich durch verschiedene Schweregrade auszeichnen, kann also durchaus auch nach einer geringfügigen Einwirkung auftreten. Die Unfallbeschreibung in der Schadenmeldung UVG vom 20. März 2017 "zu weit nach hinten gedehnt" (vgl. Suva-act. 1) deutet jedenfalls nicht auf ein schweres Trauma hin. In den zeitlich betrachtet unfallnahen medizinischen Akten sind sodann keine auf eine schwere Distorsion hinweisende Befunde vermerkt. Abgesehen von Schmerzen und einer Schwellung konnten anlässlich der Erstuntersuchung vom 16. März 2017 durch Dr. C.____ keine weiteren Befunde erhoben werden (Suva-act. 20). Bereits Dr. C.____ diagnostizierte im Übrigen basierend auf den vorgenannten Befunden eine Tendovaginitis rechter Unterarm, welche sich in der MRT-Untersuchung vom 6. April 2017 bestätigte (Suva-act. 45) und auch von Dr. D.____ im Untersuchungsbericht vom 21. April 2017 als Diagnose festgehalten wurde (Suva-act. 23). In den nachfolgenden medizinischen Akten ist sodann nur noch von der Tendovaginitis de Quervain als Schmerzursache die Rede. Die "Verrenkung" wurde bereits im Arztzeugnis UVG von Dr. C.____ nur unter der Rubrik "Angaben des Patienten" erwähnt und in den nachfolgenden Untersuchungsberichten ist die Distorsion lediglich als Status-Diagnose aufgeführt. Mit einer solchen wird einzig ausgesagt, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. März 2017 eine Distorsion durchgemacht hat, hingegen nichts über



deren Folgen. Andauernde Beschwerden aufgrund der Distorsionsverletzung werden also in den medizinischen Akten gar nie diskutiert. Angesichts des dargelegten Sachverhalts hält Dr. I. ___ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 5. Dezember 2017 schlüssig fest, dass die beim Unfall erlittene Zerrung regelrecht nach sechs Wochen abgeklungen sei (Suva-act. 66).

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Folgen der vom Beschwerdeführer beim Unfall vom 15. März 2017 erlittenen Distorsion im Bereich des rechten Handgelenks mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per Datum der Leistungseinstellung vom 31. Oktober 2017 abgeheilt waren und die Leistungseinstellung auch unter diesem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden ist.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 5. Januar 2018 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.