

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 28

Entscheid vom 20. Juni 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,

gegen

B. _____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1959) war bei der C._____ GmbH angestellt und dadurch bei der B._____ AG (B._____) obligatorisch unfallversichert, als er sich am 15. Dezember 2010 beim Skifahren an der rechten Hand verletzte. Gemäss Notfallbericht des Spitals D._____ vom 16. Dezember 2010 zog er sich ein Distorsionstrauma des rechten Zeigefingers zu. Es wurde eine Zeigefingerschiene angelegt mit der Anweisung, diese für eine Woche zu tragen (Vi-act. 1 und 2). Aufgrund anhaltender Schmerzen suchte A._____ das Spital D._____ am 31. Dezember 2010 erneut auf. Im Röntgen Dig. II rechts ap/lat zeigte sich, dass der im Unfallbild nur als Schuppe erkennbare knöcherne Strecksehnenauriss um mindestens 4 mm disloziert ist (Vi-act. 3). Am 7. Januar 2011 erfolgte eine operative Versorgung (Vi-act. 10).

B. Nach anhaltenden Beschwerden mit dem Zeig- und neu auch dem Mittelfinger erfolgte am 7. Oktober 2011 eine spezialärztliche Untersuchung bei Dr.med. E._____ (Chirurgie FMH, spez. Handchirurgie). Er bestätigte, dass sämtliche beklagten Beschwerden objektiviert werden können (Vi-act. 38). Nach weiteren Beschwerden wurde A._____ an Dr.med. F._____ (Chirurgie FMH, spez. Handchirurgie) überwiesen, der ihn am 14. Oktober 2013 untersuchte (Vi-act. 68). Da eine Steroidinfiltration in die Beugesehnenscheide des Mittelfingers nur vorübergehende Besserung brachte, erfolgte am 12. November 2013 durch Dr.med. F._____ eine Revision der Beugesehnenscheide mit Synovialektomie sowie Gelenkstoilette des arthrotisch zerstörten PIP-Gelenkes von palmar (Vi-act. 73 und 77). Die Behandlung wurde am 5. März 2014 abgeschlossen (Vi-act. 96). Mit Verfügung vom 3. April 2014 hat B._____ die Taggeldleistungen per 12. Dezember 2013 eingestellt, die Heilungskosten per 14. März 2014. A._____ wurde eine Integritätsentschädigung von Fr. 6'300.-- für einen Integritätsschaden von total 5% für die Finger II und III rechts geleistet. Ausdrücklich vorbehalten wurde das Rückfallsrecht von A._____ (Vi-act. 105).

C. Am 3. März 2017 suchte A._____ erneut Dr.med. F._____ auf, da er am verletzten Mittelfinger der rechten Hand wieder eine Zunahme der Schwellung entlang der Beugesehnenscheide sowie vermehrt Schmerzen im zerstörten PIP Gelenk verspürte (Vi-act. 110). Zur Klärung ihrer Leistungspflicht holte B._____ beim beratenden Expertenarzt Dr.med. G._____ (FMH für Allgemein- und Unfallchirurgie; zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) eine Aktenbeurteilung ein (Vi-act. 114). Dieser gelangte im Bericht vom 22. März 2017 zum Schluss, der Unfall vom 15. Dezember 2010 sei bezüglich der jetzigen Symptomatik am Mittelfinger der rechten Hand nicht die Ursache und der Unfall habe

auch keine Mitursache (Vi-act. 115). Gestützt darauf beabsichtigte B._____ die Ablehnung von Leistungen und sie gewährte A._____ das rechtliche Gehör (Vi-act. 116). Da er in seiner Stellungnahme an der Leistungspflicht der B._____ festhielt (Vi-act. 122), holte die Versicherung beim beratenden Expertenarzt Dr.med. I._____ (FMH für Chirurgie und Handchirurgie) eine Aktenbeurteilung im Sinne einer Zweitmeinung ein (Vi-act. 125). Nachdem Dr.med. I._____ die Beurteilung von Dr.med. G._____ teilte (Vi-act. 133), lehnte es B._____ mit Verfügung vom 15. August 2017 ab, Leistungen aus der Unfallversicherung für die aktuelle Gesundheitsschädigung zu erbringen (Vi-act. 134). Dagegen erhob A._____ am 11. September 2017 Einsprache (Vi-act. 139), welche die B._____ mit Einspracheentscheid vom 23. Februar 2018 abwies (Vi-act. 147).

D. Am 20. März 2018 erhebt A._____ gegen den Einspracheentscheid vom 23. Februar 2018 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit den Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der B._____ AG vom 23.02.2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die weiteren gesetzlichen Leistungen auszurichten.
2. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere Abklärungen vornehme und hernach über den Anspruch des Beschwerdeführers neu befinde.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 23. April 2018 beantragt B._____, die Beschwerde sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen abzuweisen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer am 15. Dezember 2010 beim Skifahren an der rechten Hand verletzte. Die Vorinstanz kam in der Folge für Taggelder und Heilkosten auf, bis die Behandlung im März 2014 abgeschlossen werden konnte und sie leistete eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von total 5% für Dig. II und III (Ingress Bst. A und B). Im März 2017 meldete der Beschwerdeführer einen Rückfall betreffend den Mittelfinger rechts an. Da dieser Gesundheitsschaden gemäss Vorinstanz durch den anerkannten Unfall vom 15. Dezember 2010 auch nicht mindestens mitverursacht wurde, lehnte sie eine Leistungspflicht ab. Mithin ist vorliegend strittig, ob eine Leistungspflicht aus UVG besteht für die im März 2017 geklagten Beschwerden im rechten Mittelfinger.

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.).

1.2.1 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; RKUV 200 Nr. 8 395 S. 317 Erw. 3; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

1.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2).

1.3 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können.

Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 Erw. 2c S. 296 f. mit Hinweisen). Dabei kann nicht zwingend von der natürlichen Kausalität zwischen Unfall und Grundfall auf die natürliche Kausalität zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden, denn die unfallkausalen Faktoren können durch Zeitablauf wegfallen. Vielmehr obliegt es dem Versicherten, das Vorliegen eines leistungsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 Erw. 3b; Urteil des EVG U 69/03 vom 7.4.2004 Erw. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.2.2 mit Hinweis auf 8C_521/2008 vom 5.12.2011 Erw. 2.2.2 mit Hinweisen).

1.4 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten 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 Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. Urteil BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54; Bundesgerichtsurteil 8C_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 m.H.). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile BGer 8C_331/2015 Erw. 2.1.1; 8C_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile BGer 8C_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3 und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der

Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 Erw. 2.2 [8C_354/2007] mit Hinweisen).

1.5 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.A., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien 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 allerdings 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 117 V 261 Erw. 3b; Urteil 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör

nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

1.6 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

1.6.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 Erw. 1c mit Hinweisen).

1.6.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die Suva bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 210 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 357 Erw. 1c).

1.6.3 Auch den Berichten versicherungsinterner 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 (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

1.6.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.6.5 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich

gemacht werden (Urteil BGer 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

2. Betreffend Unfall vom 15. Dezember 2010 sowie Unfallfolgen resp. Gesundheitszustand und -verlauf des Beschwerdeführers ergibt sich aus den Akten:

2.1 Gemäss Bagatell-Unfall-Meldung UVG vom 17. Dezember 2010 blieb der Beschwerdeführer am 15. Dezember 2010 beim Skifahren an einer Torstange hängen und hat sich dabei eine Verletzung am rechten Zeigefinger zugezogen (Vi-act. 1). Der Notfallbericht des Regionalspitals D. _____ vom 16. Dezember 2010 nennt als Diagnose eine Zeigefinger-Distorsion rechts mit DIP-Distorsion (Vi-act. 2). Das Röntgen Finger rechts ap/lat zeigte eine kleine dorsale Schuppe als Ausdruck einer Impression bei Status nach Hyperextensionstrauma. Der Zeigefinger war mässiggradig geschwollen; es bestanden Druckschmerzen vor allem im Bereich des DIP, die Streckfähigkeit war vollständig erhalten, die Beugefähigkeit zeigte keine wesentliche Einschränkung; eine Instabilität war nicht nachweisbar, keine erhebliche Fehlstellung. Die periphere Sensomotorik und Durchblutung war in Ordnung. Dem Beschwerdeführer wurde eine Zeigefingerschiene angebracht mit der Anweisung, sie mindestens für eine Woche zu tragen.

2.2 Wegen Schmerzen und Schwellung im Zeigefinger suchte der Beschwerdeführer am 31. Dezember 2010 erneut das Regionalspital D. _____ auf, wo er durch Dr.med. L. _____ (Orthopädische Chirurgie FMH) behandelt wurde (Vi-act. 3). Dabei erklärte der Beschwerdeführer, aufgrund seiner beruflichen Situation habe er die Stack-Schiene nicht konsequent getragen. Das Röntgen zeigte, dass der im Unfallbild als Schuppe erkennbare knöcherne Strecksehnenaustriss um mindestens 4 mm disloziert ist. Als Befund zeigte sich eine deutliche Schwellung über dem DIP-Zeigefinger rechts sowie ein Extensionsdefizit ca. 10-15°. Aktiv konnte der Finger nicht weiter extendiert werden, passiv bestand eine Hemmung beim Versuch, voll zu extendieren. Dr.med. L. _____ empfahl eine operative Versorgung, für welche sich der Beschwerdeführer am 4. Januar 2011 entschied (Vi-act. 6).

2.3 Am 7. Januar 2011 erfolgte am Regionalspital D. _____ bei Diagnose "3 Wochen alter ossärer Strecksehnenaustriss Dig. II rechts mit persistierendem Extensionsdefizit" durch Dr.med. M. _____ (Orthopädische Chirurgie FMH) eine offene Revision, Anfrischen des Fragmentes, Refixation mit Längemanndraht sowie temporäre Kirschnerdrahtfixation des Gelenkes. Die Ruhigstellung erfolgte durch eine Vierfinger-VA-Gippschiene, wobei Zeigefinger und Mittelfinger interdigital fixiert wurden (Vi-act. 10). Am 15. März 2011 erfolgte die Spickdraht- und

Längemandraht-Entfernung. Zur weiteren Ruhigstellung wurde eine Stack-Schiene verpasst (Vi-act. 23).

Am 20. April 2011 berichtete der Operateur Dr.med. M. _____ der Vorinstanz, es gehe dem Beschwerdeführer subjektiv gut; objektiv bestehe eine volle Extension; die Flexion sei noch deutlich eingeschränkt. Die Schiene könne nun tagsüber weggelassen werden; nachts solle sie zur Verhinderung einer erneuten Traumatisierung noch für ca. 2 Monate getragen werden. Ab 4. April 2011 bestehe wieder volle Arbeitsfähigkeit. Womöglich sei noch etwas Ergotherapie notwendig (Vi-act. 28).

2.4 Am 31. August 2011 teilt der Beschwerdeführer der Vorinstanz mit, der Zeigefinger schmerze noch immer, die Operation habe nicht geholfen. Da nach der OP der verletzte Finger mit dem Mittelfinger zusammengebunden worden sei, habe sich nun eine Entzündung im Mittelfinger gebildet. Er habe diesen als Kind mal gebrochen gehabt, aber nicht ärztlich versorgen lassen (Vi-act. 31).

2.5 Mit Schreiben vom 1. September 2011 bat die Vorinstanz Dr.med. E. _____ (Chirurgie FMH, spez. Handchirurgie) als beratenden Expertenarzt, den Beschwerdeführer für eine Beurteilung aufzubieten (Vi-act. 33). Die persönliche Untersuchung fand am 7. Oktober 2011 statt (Vi-act. 38). In seinem Bericht vom 14. Oktober 2011 wiederholt Dr.med. E. _____ in der Anamnese das Unfallgeschehen, die Erstbehandlung mittels Stack-Schiene, welche der Beschwerdeführer indes inkonstant trug, die Indikation zur Refixation des dislozierten Knochenfragmentes, der operative Eingriff vom 7. Januar 2011 sowie die anschließende interdigitale Fixation des Zeigefingers an den Mittelfinger über längere Zeit und die Drahtentfernung vom 15. März 2011. Danach seien Dig. II und III eingesteift gewesen und in der Folge sei es immer wieder zu einer belastungsabhängigen Schwellung beider Finger gekommen. Auch hätten sich Schmerzen im PIP-Gelenk des Mittelfingers eingestellt, das aufgrund eines alten Unfalls schon vorgeschädigt gewesen sei. Das Röntgen Dig. II und III rechts ap./seitl. zeigte eine erhebliche Destruktion des DIP-Gelenkes des Zeigefingers, eine Subluxation der Endphalanx nach palmar. Das PIP-Gelenk des Ringfingers [recte: Mittelfingers] wies eine arthrotische Veränderung mit Osteophytenbildung sowie starker Verschmälerung der ulnarseitigen Gelenksspalte auf. Dr.med. E. _____ dokumentierte als Diagnose:

- Funktionsdefizit der Finger II und III rechts bei Status nach Refixation eines ossären Strecksehnenaurisses der Endphalanx II mit temporärer Kirschner-Draht-Fixation des DIP-Gelenkes
- postoperative Destruktion des DIP-Gelenkes
- aktivierte Arthrose im PIP-Gelenk Dig.III

Als Befund des Mittelfingers hält Dr.med. E._____ eine spindelförmige Schwellung im PIP-Gelenk fest. Die Mittelphalanx weiche um 5-10° nach ulnar ab. Die Sensibilität des Fingers sei normal. Die Beweglichkeit des PIP-Gelenkes betrage für Flexion/Extension 85-0-0°, das DIP-Gelenk bewege für Flexion/Extension 60-0-0°. Die Rekapillarierungszeit sei (wie bei Dig.II) verzögert.

Die weiteren Fragen der Vorinstanz beantwortete Dr.med. E._____ wie folgt:

4. Können die subjektiv beklagten Beschwerden objektiviert werden?

Sämtliche subjektiv beklagten Beschwerden können objektiviert werden.

5. Behandlungsverlauf und Prognosen

Nach einer operativen Refixation eines ossären Strecksehnenaurisses in der Endphalanx Dig. II rechts ist es zu einer Destruktion im DIP-Gelenk gekommen. Gleichzeitig besteht eine Funktionsbeeinträchtigung des Zeigfingers mit chronischer Schwellung und Bewegungseinschränkung bei zusätzlicher Sensibilitätsstörung im Bereiche der Zeigfingerkuppe. Durch die lange Ruhigstellung (interdigitale Schienung) ist es auch zu einer Reaktivierung einer vorbestehenden Arthrose im PIP-Gelenk Dig. III gekommen, was zusätzlich beeinträchtigend wirkt. Prognostisch sollte sich die Situation unter sanfter Mobilisationsbehandlung noch etwas verbessern.

6. Kann noch mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden?

Bezüglich der Beweglichkeit vor allem des Zeigfingers und bezüglich der chronischen Schwellung sollte sich die Situation in den nächsten Monaten noch etwas verbessern. Ich würde aber dringend von einem weiteren operativen Eingriff (vorgeschlagene Arthrodesierung des DIP-Gelenkes Dig. II rechts) abraten, da A._____ ein weitgehend schmerzfreies DIP-Gelenk besitzt. Eine erneute Operation würde die schon vorhandene Kälteintoleranz sowie die chronische Schwellungstendenz nur noch verstärken.

7. Ursächlicher Zusammenhang:

Bezüglich des Zeigfingers ist der Unfall die einzige Ursache für die gesundheitliche Störung. Im Mittelfinger findet sich schon eine vorbestehende Arthrose im PIP-Gelenk, welche durch die verlängerte Ruhigstellung nun etwas aktiviert wurde. Die Hauptproblematik besteht aber im Zeigfinger, wo es sich um reine Unfallfolgen handelt.

8. Beurteilung des rein unfallbedingen Integritätsschadens

Der Zeigfinger weist einen ca. 50%igen Funktionsverlust auf, was einem Integritätsschaden von 3% entsprechen würde. Der Mittelfinger ist auf Grund der vorbestehenden Arthrose schon etwas vorgeschädigt, hier könnte maximal von einem unfallbedingten Integritätsschaden von 2% ausgegangen werden. In diesem Sinne kann von einem unfallbedingten Integritätsschaden von 5% ausgegangen werden.

2.6 Am 6. März 2012 berichtet Dr.med. M._____ der Vorinstanz, die letzte Kontrolle habe am 12. Januar 2012 stattgefunden. Subjektiv gehe es recht; es bestünden noch Schmerzen im Bereich des 3. Strahles (PIP-Gelenk), bezüglich

des 2. Strahls gehe es ordentlich (Vi-act. 51). Nach der Konsultation vom 27. September 2012 berichtete er, subjektiv gehe es recht. Klinisch bestünden reizlose Narbenverhältnisse. Der Finger sei etwas dicker (Umfang) als die Nachbarfinger. Es bestehe ein Extensionsdefizit von knapp 10°. Daneben habe sich im Bereich der Hohlhand ein Morbus Dupuytren-Strahl entwickelt (Vi-act. 56).

2.7 Mit Bericht vom 25. Mai 2013 führte Dr.med. L. _____ aus (Vi-act. 58), der Beschwerdeführer habe persistierende starke Schmerzen, vor allem auf Höhe des III. Strahles PIP rechts. Es bestehe eine fortgeschrittene Arthrose PIP-Gelenk III. Strahl rechts bei Zustand nach disloziertem Strecksehnenauriss Dig. II rechts und Ruhigstellung II. und III. Finger. Der Mittelfinger weise eine schwere Arthrose im PIP-Gelenk auf, was einem Integritätsschaden von 5% entspreche. Zusätzlich bestehe eine Einschränkung im Bereiche des Zeigefingers von ca. 50%, was einem Integritätsschaden von 3% entsprechen würde. Den gesamten unfallbedingten Integritätsschaden schätzte Dr.med. L. _____ auf ca. 8%.

2.8 Da der Beschwerdeführer in der Konsultation vom 5. August 2013 noch immer eine Schwellung hatte, die Beweglichkeit eingeschränkt war und sich zudem eine Morbus Dupuytren-Bildung des III. Strahles bemerkbar machte, überwies ihn Dr.med. L. _____ an Dr.med. F. _____ (Vi-act. 63).

Nach dem Untersuch vom 14. Oktober 2013 stellte Dr.med. F. _____ im Bericht vom 15. Oktober 2013 die Diagnose (Vi-act. 68):

1. Status nach ossärem Strecksehnenabriss am Zeigefinger rechts am 15.12.2010
2. Posttraumatische Zerstörung mit Einsteifung und Streckdefizit am DIP des rechten Zeigefingers
3. Iatrogene, leichte Sensibilitätsstörung an der Zeigefingerkuppe
4. Konsekutive Entwicklung einer Tendovaginitis stenosans am benachbarten Mittelfinger
5. Destruierende Arthrose am PIP des Mittelfingers
6. M. Raynaud

Der Befund des Röntgen Hand re ap und Dig. II und III seitl. lautet:

Ulna-Neutral-Variante mit unauffälligem DRUJ, radiocarpal und midcarpal sind die Gelenksverhältnisse von guter Qualität, pantrapezial ist keine wesentliche Arthrose zu erkennen. Die CMC-Gelenke und die Grundgelenke sind von guter Qualität, im Bereiche des PIP III ist eine schwere Arthrose zu erkennen, mit Subluxationsstellung und Abkippen des P2 nach ulnar. Das PIP des Zeigefingers ist von guter Qualität, das Endgelenk wurde zerstört, mit Subluxation des P3 nach palmar, unter Umständen beginnt sich dort nun sogar eine ossäre Brücke zu bilden, eine gesicherte ossäre Verbindung ist allerdings nicht feststellbar.

Dies führte Dr.med. F. _____ zur Beurteilung:

Die gesamte Situation an der rechten Hand beim rechtshändigen, 54-jährigen Velomonteur und Mitarbeiter in einem Gastronomiebetrieb ist komplex, da sich hier Unfallfolgen und Krankheit überlagern.

Die Zerstörung und praktische Einsteifung des Zeigefingerendgliedes muss eindeutig als Unfallfolge betrachtet werden. Hier sind bei schmerzfreiem Pinchgriff im Moment keine weiteren Massnahmen sinnvoll, da sie die Funktionalität des Fingers nicht verbessern könnten. Würde der Zustand Schmerzen bereiten, wäre die Therapie der Wahl die definitive Versteifung.

Die minimalen Sensibilitätsstörungen am Zeigefingerendglied dürften durch das operative Vorgehen mit einem Ausziehdraht bedingt sein. Auch hier kann man operativ keine Verbesserung erreichen.

Durch die lange Ruhigstellung ist konsekutiv eine Beugesehnenscheidenentzündung am benachbarten Mittelfinger entstanden, die man als Folge des Unfalles betrachten muss, da der Patient praktisch ohne schmerzfreies Intervall in diesem Bereiche immer Beschwerden hatte. Hier kann man durch eine Steroidinfiltration versuchen, die Entzündung zurückzubinden und die Beschwerden zu beseitigen. Gelingt dies nicht, steht uns die operative Variante der Dekompression der Beugesehnenscheide immer noch offen. Die Verdickung palmar am Fingerstrahl III interpretiere ich nicht als M. Dupuytren, sondern als eine Folge der chronischen Tendovaginitis.

Die Arthrose am PIP des Mittelfingers ist wohl nicht als Unfallfolge zu betrachten. Interessanterweise ist diese Arthrose allerdings praktisch nicht schmerzhaft, der Pinchgriff mit dem Mittelfinger kann kräftig und gut durchgeführt werden. Auch die Beweglichkeit ist eigentlich trotz des schlechten Röntgenbildes noch ausgezeichnet. Hier sollte man deshalb vorläufig sicher keinen Eingriff in Erwägung ziehen. Würde das Gelenk schmerzhaft, kann man über das Einsetzen eines Kunstgelenkes diskutieren, in der Regel verliert man allerdings dadurch im Vergleich zum jetzigen Zustand deutlich an Beweglichkeit.

Die weissen Finger bei Kälte entsprechen einem Raynaud-Phänomen, die Behandlung dieser Erkrankung ist schwierig bis unmöglich. Der Patient darf seine Hände möglichst wenig der Kälte aussetzen und muss bei entsprechenden Symptomen durch Aufwärmen der Hände die Durchblutung der Finger wieder möglichst schnell gewährleisten.

Im Übrigen teile ich bei der Beurteilung des vorliegenden Falles die Ansicht von Dr. E. _____, der die Anamnese und die Klinik und die daraus sich ergebenden Konsequenzen sehr gut zusammengefasst hat.

Dr.med. F. _____ nahm gleichentags eine Steroidinfiltration in die Beugesehnenscheide des Mittelfingers vor und es wurde eine Kontrolle in zwei Wochen vereinbart.

Die von der Vorinstanz gestellten Fragen betreffend Kausalzusammenhang der Beschwerden beantwortete Dr.med. F. _____ dahingehend, dass der Unfall vom 15. Dezember 2010 nicht die einzige Ursache der gesundheitlichen Störung sei, aber der Unfall sei für die Diagnosen 1 bis 4 eine überwiegend wahrscheinliche Mitursache. Betreffend Integritätsschaden erscheine ihm die Beurteilung durch Dr.med. E. _____ gerechtfertigt und plausibel (Vi-act. 69).

2.9 Am 31. Oktober 2013 berichtete Dr.med. F. _____, durch die Steroidinfiltration seien die Beschwerden wenige Tage deutlich geringer geworden, nun aber in etwa wieder gleich. Die klinische Untersuchung zeige eine Schwellung des gesamten Mittelfingers, die Beugesehne weise auf Höhe der Hohlhand ein gewisses Bow-Stringing auf, die A1-Region sei verhärtet. Man plane eine Revision der Beugesehnenscheide. Dies bei Diagnose einer durch ein Unfallereignis ausgelösten, konsekutiven Entwicklung einer Tendovaginitis stenosans am Mittelfinger rechts sowie Verdacht auf posttraumatische Insuffizienz des A1-Ringbandes (Vi-act. 73).

Gleichentags erkundigte sich der Beschwerdeführer bei der Vorinstanz nach der Kostenübernahme für die geplante Revision. Gemäss Dr.med. F. _____ bestehe ein überwiegender Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Der Beschwerdeführer bestreite zwar nicht, dass er vorher schon ein Problem am Mittelfinger gehabt habe. Aber erst seitdem Dig. II und III zusammen fixiert worden seien, sei dieser steif geworden (Vi-act. 72).

2.10 Im Operationsbericht vom 12. November 2013 hält Dr.med. F. _____ als Diagnose fest (Vi-act. 77):

Insuffizienz der palmaren Platte am PIP III rechts, bei Status nach Ruptur der palmaren Platte am 15.12.2010
Posttraumatische Arthrose des PIP mit dorsaler Subluxation
Nicht geklärte, schwerste Synovialitis des offenen PIP und der Beugesehnenscheide vom DIP bis auf Höhe des Cul de Sac am Mittelfinger rechts (Traumafolge? Krankheit?)

Präoperativ sei eine starke Zunahme der Schwellung am Finger und der Beugesehnenscheide in der Hohlhand festzustellen, die bis zum Cul de Sac verdickt und aufgeblasen scheine. Weiter führt er im Operationsbericht aus:

Wir beginnen mit der Revision in der Hohlhand und stossen auf eine schwere Beugesehnenscheidensynovialitis, das A1-Ringband wird durchtrennt, auf dieser Höhe ist auch die FDP-Sehne schon aufgescheuert und oberflächlich aufgeraut. Die entzündliche Synovialis wird entfernt, es entleert sich viel gelbliche, klare Synovia. Der Schnitt wird nach Bruner bis auf Höhe des DIP erweitert. Hier erfolgt ebenfalls die Resektion der sackartig aufgetriebenen Synovialis distal des A2-Ringbandes, welches noch einigermaßen erhalten ist. Gewisse Faserzüge des A3 -Ringbandes haben ebenfalls noch eine ordentliche Qualität und werden belassen.

Am Boden des Beugesehnenscheides erkennen wir, dass die palmare Platte des PIP-Gelenkes wohl durch das Trauma 2010 abgerissen sein musste und nicht mehr suffizient ist. Wir haben direkten Einblick in das arthrotisch veränderte Gelenk. Auch hier werden die Synovialismassen mit dem kleinen Luer möglichst vollständig entfernt. (...).

2.11 Nach der Kontrolle vom 5. März 2014 schloss Dr.med. F. _____ die Behandlung ab (Vi-act. 96). Der Verlauf zeige sich in Bezug auf die Schmerzen erfreulich; der Beschwerdeführer könne praktisch schmerzfrei zupacken; manchmal habe er einschliessende, plötzliche, stechende Schmerzen im zerstörten PIP. Die Trochik des Mittelfingers habe sich praktisch normalisiert, wirke allerdings dicker als die benachbarten Finger und zeige eine gewisse Achsenabweichung nach ulnar ab Höhe des PIP. Das Strecken der Langfinger sei bis auf ein Streckdefizit am PIP des 3. Fingers von 15° vollständig, beim Faustschluss bestehe eine Faustschlussperre am Mittelfinger von 0.5 cm und ein Einkralldefizit am Zeigefinger. Es sei nun abzuwarten. Würde die Achsenabweichung am Mittelfinger zunehmen oder erneut eine Beugesehnenschwellung auftreten oder das PIP stark schmerzhaft werden, könne das Einsetzen einer Silastikprothese angeboten werden. Zudem bestätigt Dr.med. F. _____ einen Integritätsschaden von total 5% durch traumatische Zerstörung des Endgelenkes am Zeigefinger und die posttraumatisch entstandene Instabilität/Arthrose am Mittelgelenk des Mittelfingers.

2.12 Mit Verfügung vom 3. April 2014 wurden die Taggeldleistungen per 12. Dezember 2013 eingestellt, die Heilungskosten per 14. März 2014 sowie eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von zusammen 5% für Dig. II und III rechts von Fr. 6'300.-- festgesetzt (Vi-act. 105).

2.13 Am 3. März 2017 suchte der Beschwerdeführer Dr.med. F. _____ erneut auf. Dieser stellt die Diagnose: "Schmerzen nach Trauma vor sieben Jahren am PIP des 3. Fingers rechts mit Ausbildung eines Beugesehnenscheidenhygromes" (Vi-act. 110). Die Schwellung entlang der Beugesehnenscheide nehme wieder zu und das zerstörte PIP-Gelenk schmerze wieder vermehrt. Der Mittelfinger der rechten Hand sei massiv verdickt und geschwollen mit einer etwas verminderten Sensibilität an der Fingerkuppe. Die Schwellung reiche bis auf Höhe des Cul de Sac in der Mittelhand. Weiter führte Dr.med. F. _____ aus:

Röntgen (3.3.2017)

Hand re ap und DIG. III seitl: Ulna-Neutral-Variante mit unauffälligem DRUJ radiocarpal und midcarpal sind die Gelenksverhältnisse von guter Qualität, pantrapezial ist keine Veränderung zu erkennen. Die Grundgelenke sind alle noch von relativ guter Qualität. Die nicht befallenen Interphalangealgelenke sind ebenfalls noch von guter Qualität. Das PIP am Mittelfinger rechts ist durch eine posttraumatische Arthrose vollständig zerstört mit ausgedehnten osteophytären Ausziehungen dorsal am P1-Köpfchen. Es besteht eine gewisse Achsenabweichung nach ulnar von ca. 15 Grad mit einer Verschiebung um ein Drittel der Schaftbreite nach ulnar.

Beurteilung (3.3.2017)

Wegen seiner posttraumatischen PIP Arthrose entwickelt der Patient wieder ein groteskes Beugesehnenscheidenhygrom. Wir haben im Jahre 2013 bei noch or-

dentlich guter PIP Beweglichkeit und eigentlich schmerzfreiem, zerstörtem Gelenk auf einen grösseren Gelenkseingriff verzichtet.

Nun dürfte der Zeitpunkt gekommen sein, neben dem Ausräumen des Beugescheidenshygromes auch am Gelenk aktiv zu werden. Das Ziel ist primär ist das Einsetzen einer Swansons Silastik Prothese, würde dies auf Grund der schwersten Veränderungen sich nicht als ideal erweisen, muss das Gelenk versteift werden. Eine zweite Option wäre die direkte Amputation des Fingers auf Höhe des zerstörten PIP, da er allerdings keine wesentlichen Schmerzen am Finger hat und durch ein frühes Trauma schon am Zeigefinger der dominanten Hand geschädigt ist, scheint das Erhalten der Fingerlänge am Mittelfinger trotz anschliessend eingeschränkter Beweglichkeit im PIP die bessere Variante.

2.14 Zur Klärung ihrer Leistungspflicht holte die Vorinstanz bei Dr.med. G._____ ein Aktengutachten ein (Vi-act. 115). Nach Zusammenfassung der medizinischen Akten beantwortete er am 22. März 2017 die ihm gestellten Fragen wie folgt:

2. Diagnosen?

- Ossärer Strecksehnenauriss am 2. Finger rechts im Rahmen eines Skiunfalls am 15.12.2010 mit sekundärer Dislokation des Fragmentes
- St. n. Refixation des ossären Fragmentes mit Ausziehdraht am 07.01.2011
- St. n. Entfernung des Ausziehdrahtes am 15.03.2011
- Posttraumatische Zerstörung mit Einsteifung und Streckdefizit am DIP Gelenk des rechten Zeigefingers
- Arthrose im PIP-Gelenk des 3. Fingers mit Insuffizienz der palmaren Platte
- St. n. Revision der Beugescheidensscheide mit Synovektomie und Gelenktoilette des arthrotischen zerstörten PIP Gelenkes von palmar bei fortgeschrittener Arthrose mit dorsaler Subluxation und Insuffizienz der palmaren Platte, sowie schwerste Synovialitis des PIP-Gelenkes und der Beugescheidensscheide des 3. Fingers.
- Beugescheidenshygrom am 3. Finger rechts

3. Können die laut A._____ subjektiv beklagten Beschwerden anhand der Unterlagen (medizinische Berichte, MRI, etc.) objektiviert werden?

Die vom Patienten subjektiv beklagten Beschwerden können anhand der Unterlagen objektiviert werden, sie sind aktuell auf eine schwere Arthrose im Mittelglied des rechten Mittelfingers mit Entzündung und Flüssigkeit in der Beugescheidensscheide zurückzuführen.

4. Behandlungsverlauf und Prognosen?

Bezüglich Behandlungsverlauf darf ich auf die Aktenzusammenfassung hinweisen. Die Prognose ist ungünstig, das Mittelgelenk des Mittelfingers rechts ist zerstört, bei anhaltender Symptomatik kommt nur noch eine Arthrodesse oder Implantation einer Prothese infrage. Eine Amputation halte ich persönlich für nicht opportun.

5. Kann noch mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden? Wenn ja, welche Massnahmen schlagen Sie vor?

Mit einer Operation wie oben erwähnt kann aller Voraussicht nach mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden, wobei die Indi-

kation für diesen Eingriff vom Ausmass der Beschwerden des Patienten abhängig ist.

6. Ursächlicher Zusammenhang:

6.1 Ist der Unfall (Ereignis) vom 15.12.2010 die einzige Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung?

Der Unfall vom 15.12.2010 ist bezüglich der jetzigen Symptomatik am Mittelfinger der rechten Hand nicht die Ursache. Eine Verletzung des Mittelfingers ist im Rahmen des Unfalls vom 15.12.2010 nie dokumentiert worden. Bei diesem Unfall kam es lediglich zu einer Verletzung des Zeigefingers mit ossärem Strecksehnenaustriss. Vorbestehend lag eine Arthrose im Mittelgelenk des Mittelfingers rechts vor, welche durch diesen Unfall höchstens vorübergehend etwas aktiviert wurde. Auch die später aufgetretene Synovialitis am Mittelfinger, welche schliesslich zu einem operativen Eingriff führte, kann nicht mit der Ruhigstellung erklärt werden, ist als nicht unfallkausal anzusehen. Sie ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge dieser Arthrose im Mittelgelenk. Die anlässlich der Operation vom 12.11.2013 festgestellte Insuffizienz der palmaren Platte am PIP Gelenk des 3. Fingers kann nicht auf eine Ruptur im Rahmen des Unfalls vom 15.11.2010 zurückgeführt werden, da wie oben erwähnt der 3. Finger rechts gar nicht verletzt wurde.

Falls die Frage 6.1 verneint wird:

6.2 Ist der Unfall (Ereignis) vom 15.12.2010 eine Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung?

Der Unfall vom 15.05.2010 ist bezüglich der aktuellen Symptomatik am Mittelfinger der rechten Hand auch keine Mitursache.

(...)

6.4 Ist die durch den Unfall (Ereignis) vom 15.12.2010 verursachte Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung abgeheilt? Wenn ja, per wann ist der Status quo ante erreicht?

Die vorbestehende Arthrose im Mittelgelenk des Mittelfingers rechts ist im Rahmen dieses Unfalls vom 15.12.2010 höchstens vorübergehend geringgradig aktiviert worden.

6.5 Wären die durch den Unfall vom 15.12.2010 mindestens überwiegend wahrscheinlich mitverursachten Gesundheitsstörungen früher oder später auch ohne diesen Unfall im heutigen Ausmass aufgetreten? Wenn ja, wann ist der Status quo sine erreicht, bzw. wann wird er voraussichtlich erreicht sein?

Auch ohne den Unfall vom 15.12.2010 wäre die Symptomatik am rechten Mittelfinger aufgrund der schweren Arthrose im Mittelgelenk früher oder später in heutigem Ausmass aufgetreten.

2.15 Gegenüber der Vorinstanz bestätigte Dr.med. L._____ am 6. April 2017, dass der Beschwerdeführer nach erlittenem Unfall vom 15. Dezember 2010 wegen einem Strecksehnenaustriss Dig. II rechts in Behandlung war. Im Rahmen der Nachbehandlung sei es zur Ausbildung einer schweren Arthrose im PIP Dig. III gekommen, die durch Dr.med. F._____ operativ behandelt worden sei. Auch bestätigte er, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall vom 15. Dezember 2010 weder am II. noch am III. Finger Beschwerden gehabt und er habe die rechte Hand uneingeschränkt einsetzen können (Vi-act. 120).

2.16 Am 19. April 2017 führte Dr.med. F. _____ gegenüber dem Beschwerdeführer aus (Vi-act. 119), man habe bereits 2014 über die Frage der Kausalität gestritten und er habe ausführlich Stellung bezogen. Die Situation habe sich zwischenzeitlich nicht geändert. Der Beschwerdeführer habe wiederum eine Beuge-sehnenscheidensynovialitis am Mittelfingerstrahl entwickelt, wohl ausgehend von der schweren Gelenksarthrose am PIP. Damals habe B. _____ die Heilungskosten beglichen und damit stillschweigend einen Zusammenhang zwischen der Arthrose und Beuge-sehnenscheidenproblematik akzeptiert. Er bleibe bei seinen Aussagen im Bericht vom 15. Oktober 2013 (Erw. 2.8).

2.17 Nachdem sich der Beschwerdeführer im Rahmen des rechtlichen Gehörs gegen die angekündigte Leistungsverweigerung zur Wehr setzte, holte die Vorinstanz bei Dr.med. I. _____ eine Aktenbeurteilung im Sinne einer Zweitmeinung ein (Vi-act. 133). Am 30. Juli 2017 teilte dieser der Vorinstanz mit, er teile die Beurteilung von Dr.med. G. _____. Insbesondere unterstütze er die Beurteilung, dass zwischen dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2010 und dem Gelenksschaden im PIP-Gelenk des Mittelfingers kein ursächlicher Zusammenhang bestehe. Der Beschwerdeführer beschreibe in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2017 (Vi-act. 122) das Unfallereignis, das für den jetzt sich manifestierenden Schaden am PIP-Gelenk des Mittelfingers ursächlich sei. So erinnere er sich, im Alter von 14 Jahren beim Fussballspielen ein schmerzhaftes Ereignis in diesem Finger gehabt zu haben, als durch einen Ball das Mittelgelenk des Mittelfingers überstreckt worden sei. Dabei ist gemäss Dr.med. I. _____ mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zumindest die palmare Platte des PIP-Gelenkes verletzt worden, was in der Folge zu einer chronischen Instabilität und damit zur Arthrose dieses Gelenkes geführt habe. Inwieweit die sinnfreie Gelenktoilette vom 12. November 2013 zur Zerstörung dieses Gelenkes beigetragen habe, könne er nicht beurteilen, da ihm die entsprechenden früheren Röntgenaufnahmen nicht vorliegen würden.

2.18 Mit Verfügung vom 15. August 2017 lehnte die Vorinstanz gestützt auf die Beurteilungen Dres.med. G. _____ und I. _____ eine Leistungspflicht ab, da die aktuellen Beschwerden am Mittelfinger nicht unfallkausal seien, weshalb kein Rückfall vorliege (Vi-act. 134). Nach erhobener Einsprache wurde die ablehnende Haltung im Einspracheentscheid vom 23. Februar 2018 bestätigt (Vi-act. 147).

3.1 Sowohl ihre Verfügung vom 15. August 2017 als auch ihren Einspracheentscheid vom 23. Februar 2018 begründet die Vorinstanz basierend auf den Aktenbeurteilungen der Dres.med. G. _____ und I. _____. Entgegen der Darstellung in ihrer Vernehmlassung handelt es sich bei den Aktenbeurteilungen

jedoch nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Vielmehr wurden beide durch die Vorinstanz als beratende Expertenärzte mit einem Aktengutachten beauftragt. Ihren Beurteilungen kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu. Es ist deshalb zu prüfen, ob mindestens geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 Erw. 5.2; Urteil BGer 8C_801/2017 vom 24.4.2018 Erw. 4). Jeder Widerspruch zwischen den vom Gutachter dargelegten sowie den von ihm angeführten Grundlagen und den gezogenen Schlussfolgerungen stellt deren Schlüssigkeit in Frage und weckt Zweifel an ihrer Richtigkeit. Auf ein nicht schlüssiges Gutachten darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung indes nicht abstellen (Urteil EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 Erw. 4.2).

3.2 Soweit der Beschwerdeführer ausführt, er habe den Mittelfinger rechts als 14-jähriger beim Fussballspielen zwar in Mitleidenschaft gezogen, es sei aber keine ärztliche Versorgung erfolgt und der Finger habe ihn in keiner seiner beruflichen Tätigkeiten je gehindert und nie Schmerzen verursacht bis nach der Behandlung aufgrund des Unfalles vom 15. Dezember 2010 und soweit dies auch durch Dr.med. L. _____ bestätigt wird, handelt es sich gemäss ständiger Rechtsprechung um einen beweisrechtlich nicht zulässigen "Post-hoc-ergo-propter-hoc"-Schluss" (im Sinne von "nach dem Unfall, also wegen des Unfalls"; vgl. BGE 142 V 325 Erw. 2.3.2.2; Urteil BGer 8C_8/2018 vom 23.4.2018 Erw. 3.2).

Wesentlich ist aber immerhin, dass der Mittelfinger rechts unbestrittenermassen bereits früher verletzt wurde, wobei der Beschwerdeführer den Unfall wie folgt beschreibt: Er sei beim Fussballspielen im Tor gestanden und beim Abwehren eines Balles habe sich das Mittelgelenk des Mittelfingers rechts "überlitzt" (wohl überstreckt), was anfänglich mit starken Schmerzen verbunden gewesen sei. Da sich die Schmerzen nach einigen Tagen verzogen hätten, habe er keinen Arzt aufgesucht (Vi-act. 122 S. 2).

3.3.1 Nicht von Belang ist, ob die Vorinstanz 2013 eine Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 15. Dezember 2010 und einzelner Beschwerden im Mittelfinger rechts bejaht hat. Die damalige Leistungsübernahme durch die Vorinstanz verpflichtet diese nicht, einen Rückfall anzuerkennen. Vielmehr muss das Vorliegen eines leistungsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Erw. 1.3).

3.3.2 Diesbezüglich gilt es festzuhalten, dass Dr.med. F. _____ mit seinem Schreiben vom 24. April 2017 ausschliesslich auf seine früheren Berichte von

2013 verweist und ausführt, es habe sich seither nichts verändert und die Versicherung habe den Kausalzusammenhang bereits damals stillschweigend bejaht (Erw. 2.16). Mithin geht er nicht weiter auf das neue Beschwerdebild ein. Selbst wenn - wie er ausführt - das Beschwerdebild jenem von 2013 entsprechen würde, ist damit über die Ursache nichts ausgesagt. Er begründet den behaupteten Rückfall nicht weiter; weder führt er nachvollziehbar aus, warum die neuen Beschwerden erneut durch den Unfall vom 15. Dezember 2010 (resp. dessen Behandlung) mindestens mitverursacht wurden, noch geht er auf die unbestrittenmassen bestehende Vorerkrankung ein oder zeigt er auf, dass diese nicht ursächlich ist. Bemerkenswert ist dabei, dass ihm zu diesem Zeitpunkt die Haltung der Versicherung und des Berichts von Dr.med. G. _____ bekannt war und er sich dennoch nicht mit dessen Beurteilung resp. die Kausalität verneinenden Haltung auseinandersetzt.

3.3.3 Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht von Dr.med. F. _____ vom 3. März 2017, als er vom Beschwerdeführer aufgrund der erneut aufgetretenen Beschwerden im Mittelfinger rechts aufgesucht wurde (Vi-act. 110). Er hielt fest, die Schwellung entlang der Beugesehnenscheide nehme erneut zu und ebenso die Schmerzen im zerstörten PIP-Gelenk des Mittelfingers. Die Zerstörung des PIP-Gelenkes führte er auf eine posttraumatische Arthrose zurück und diese sei ebenso ursächlich für die erneute Entwicklung eines grotesken Beugesehnenscheidenhygroms. Er führt hingegen nicht aus, was ihn zur Beurteilung führt, die Arthrose sei posttraumatisch und dies im Sinne einer Ursächlichkeit (und nicht bloss zeitlich). Immerhin hatte er in seinen Berichten vom 15. Oktober 2013 noch ausdrücklich ausgeführt, der Beschwerdeführer leide unter einer destruierenden Arthrose am PIP des Mittelfingers und diese sei wohl nicht unfallkausal (Vi-act. 68 und 69). Als unfallkausal betrachtete er damals (neben den Beschwerden am Zeigefinger) bloss die konsekutive Entwicklung einer Tendovaginitis stenosans am Mittelfinger aufgrund der längeren Ruhigstellung mit dem Zeigefinger. Zur Behandlung dieser unfallkausalen Beschwerde wurde eine Steroidinfiltration vorgenommen und später die operative Revision der Beugesehnenscheide mit Synovialektomie (Vi-act. 77). Die wohl nicht unfallkausale Arthrose des PIP-Gelenkes sollte unbehandelt belassen und bei späterer Schmerzhaftigkeit das Einsetzen eines Kunstgelenkes diskutiert werden (Vi-act. 68). Mithin findet sich in den Berichten vom 15. Oktober 2013 (auf welche Dr.med. F. _____ im Schreiben vom 24. April 2017 verweist) keine Grundlage für eine Unfallkausalität der Arthrose im PIP-Gelenk des Mittelfingers. Entsprechend ist die Bezeichnung der Arthrose als "posttraumatisch" im Bericht vom 3. März 2017 nicht schlüssig, insbesondere nicht eindeutig im Sinne einer Kausalität bezogen auf das Unfallereignis vom 15. Dezember 2010.

3.4 Anders als im Bericht vom 15. Oktober 2013 bezeichnete Dr.med. F._____ im Operationsbericht vom 12. November 2013 die Arthrose als "posttraumatisch" und er stellte die Diagnose einer Insuffizienz der palmaren Platte am PIP III rechts, bei Status nach Ruptur der palmaren Platte am 15. Dezember 2010; die palmare Platte des PIP-Gelenkes müsse wohl durch das Trauma abgerissen worden sein. Zusätzlich notierte er die Diagnose "Nicht geklärte, schwerste Synovialitis des offenen PIP und der Beugesehnenscheide vom DIP bis auf Höhe des Cul de Sac am Mittelfinger rechts (Traumafolge? Krankheit?)" (Vi-act. 77).

Hiegegen wendet Dr.med. G._____ zu Recht ein, gemäss sämtlichen zeitnahen Dokumenten sei vom Unfall am 15. Dezember 2010 nur der Zeigefinger betroffen gewesen, eine Verletzung des Mittelfingers sei im Rahmen dieses Unfalles nie dokumentiert worden (Vi-act. 115 S. 4). Der Beschwerdeführer bringt als Antwort auf die Aussage von Dr.med. G._____ im Rahmen des rechtlichen Gehörs vom 7. Mai 2017 erstmals vor, vom Unfall am 15. Dezember 2010 sei auch der Mittelfinger betroffen gewesen, nur habe er nicht wie der Zeigefinger geschmerzt, so dass es ärztlich nicht dokumentiert worden sei (Vi-act. 122). An dieser Ausführung hielt er auch in der Einsprache vom 11. September 2017 (Vi-act. 139) fest, indem er ausführte, es sei nicht auszuschliessen, dass er beim Schlag auf die Torstange neben dem Zeigefinger auch den benachbarten Mittelfinger rechts in Mitleidenschaft gezogen habe. Ob und wie stark der Mittelfinger beim Unfallereignis in Mitleidenschaft gezogen worden sei, bleibe offen. In der Beschwerde vor Verwaltungsgericht bringt der Beschwerdeführer diese Darstellung nicht mehr vor. Sie liesse sich denn auch durch nichts nachweisen und widerspricht seiner Aussage der ersten Stunde (wonach den Angaben der versicherten Person, die sie kurz nach dem Unfallereignis gemacht hat, meist grösseres Gewicht zukommt als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers; BGE 121 V 45 Erw. 2a; Urteil BGer 8C_622/2017 vom 16.4.2018 Erw. 2.1). Mithin ist der Mittelfinger vom Unfallereignis am 15. Dezember 2010 überwiegend wahrscheinlich nicht unmittelbar in Mitleidenschaft gezogen worden. Hingegen hält Dr.med. I._____ fest, der vom Beschwerdeführer beschriebene Unfall im Jugendalter habe mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zumindest die palmare Platte des PIP-Gelenkes des Mittelfingers verletzt, was zu einer chronischen Instabilität und damit zur Arthrose geführt habe (Vi-act. 133).

3.5 Der Beschwerdeführer zitiert Dr.med. I._____, wonach die aufgetretene Arthrose Dig. II zum überwiegenden Teil auf den Spickdraht, mithin die Unfallbehandlung, zurückzuführen sei (Beschwerdeschrift S. 3 oben). Er verkennt dabei,

dass sich Dr.med. I. _____ hiermit zur Situation des Zeigefingers äusserte und der Mittelfinger davon gar nicht betroffen ist. Beim Mittelfinger wurde nie ein Spickdraht eingebracht und entsprechend kein Knorpelschaden verursacht, welcher erwartungsgemäss häufig zu einer Arthrose des Gelenkes führt (vgl. Vi-act. 133). Mithin kann der Beschwerdeführer aus der am 7. Januar 2011 beim Zeigefinger angewandten - durch Dr.med. I. _____ in Frage gestellten - Operationstechnik nichts bezüglich Unfallkausalität der im März 2017 geklagten Beschwerden am Mittelfinger ableiten.

3.6 Die Vorschädigung des Mittelfingers rechts ist unbestritten. Gemäss eigener Darstellung des Beschwerdeführers überstreckte das PIP-Gelenk beim Versuch, als 14-jähriger Torwart einen Ball abzuwehren. In diesem Vorfall ist die Ursache der arthrotischen Veränderung des PIP-Gelenkes des Mittelfingers rechts zu sehen (für Dr.med. I. _____ trifft dies mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu, Vi-act. 133). Da die Schmerzen abheilten, erfolgte damals keine medizinische Behandlung. Gemäss eigener Aussage behinderte die Verletzung und eingetretene Arthrose den Beschwerdeführer bis zum Unfall 2010 nie. Daher kann der Beschwerdeführer entgegen seiner Darstellung nichts aus der Tatsache ableiten, dass seine übrigen acht Finger beschwerdefrei seien. Es ist nicht so, dass die Vorinstanz geltend macht, der Zeigefinger sei unfallbedingt und der Mittelfinger krankheitsbedingt geschädigt. Vielmehr ist die Schädigung des Mittelfingers vorbestehend auf einen andern Unfall zurück zu führen, was erklärt, dass die weiteren Finger beschwerdefrei sind.

3.7 Die Vorinstanz stützt sich in ihrem Entscheid auf die Aktenbeurteilungen der Dres.med. G. _____ und I. _____. Da sich Dr.med. I. _____ der Beurteilung von Dr.med. G. _____ ohne Weiterungen anschliesst, ist dessen Bericht von Bedeutung (Vi-act. 115).

3.7.1 Dr.med. G. _____ bestätigt, die Beschwerden seien objektivierbar und auf eine schwere Arthrose im Mittelglied des rechten Mittelfingers mit Entzündung und Flüssigkeit in der Beugesehnenscheide zurückzuführen. Im Unfall vom 15. Dezember 2010 sieht er weder die alleinige Ursache für diese Beschwerden, noch eine Mitursache. Einerseits sei eine Verletzung des Mittelfingers durch den Unfall nicht dokumentiert und andererseits könne die Ruhigstellung (interdigitale Schienung mit Zeigefinger) die später aufgetretene Synovialitis nicht verursacht haben, sie sei überwiegend wahrscheinlich durch die Arthrose verursacht. Bekannt sei diese vorbestandene Arthrose, die durch den Unfall vom 15. Dezember 2010 höchstens vorübergehend geringfügig aktiviert worden sei. Da er selbst eine Mitursache des Unfalles für die bestehenden Beschwerden ausschloss, be-

antwortete er folgerichtig die Frage nach der möglichen oder überwiegend wahrscheinlichen Mitursache gar nicht (vgl. Erw. 2.14).

3.7.2 Schliesslich befragte die Vorinstanz die beiden beratenden Expertenärzte nach dem Erreichen des status quo ante und status quo sine. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mit dem status quo sine der Gesundheitszustand bezeichnet wird, der sich bei einem schicksalsmässig verlaufenden, krankhaften Vorzustand ergibt, wenn nach einer vorübergehenden, unfallbedingten Verschlimmerung die auf einen Unfall zurückzuführende Gesundheitsschädigung vollständig abheilt und der Unfall keine natürliche Ursache des beim Versicherten vorhandenen Gesundheitsschadens mehr darstellt. Demgegenüber wird unter dem status quo ante ein unmittelbar vor dem Unfall bestehender und stabiler Vorzustand verstanden, der wieder erreicht wird, wenn die unfallbedingte Gesundheitsschädigung vollständig abgeheilt ist. Liegt ein schicksalsmässig verlaufender krankhafter Vorzustand im Sinne des status quo sine vor, schliesst dieser das Erreichen des status quo ante aus; umgekehrt kann ein status quo sine gar nie eintreten, wenn ein stabiler krankhafter Vorzustand durch einen unfallbedingten Gesundheitsschaden nur temporär verschlimmert und der status quo ante wieder erreicht wird (Urteil EVGer U 135/05 vom 7.7.2005 Erw. 3.2).

3.7.3 Dies vorausgeschickt erscheinen die Antworten von Dr.med. G. _____ (welchen sich Dr.med. I. _____ ausdrücklich und ohne Weiterungen anschliesst) widersprüchlich, unvollständig und nicht schlüssig. So hat der Unfall vom 15. Dezember 2010 gemäss seiner Beurteilung ohnehin höchstens eine geringfügige vorübergehende Aktivierung der vorbestehenden Arthrose verursacht. Eine Begründung für diese Beurteilung liefert er nicht (Dr.med. E. _____ sprach von einer vorbestehenden Arthrose, die durch die Ruhigstellung "etwas aktiviert" wurde und schätzte einen Integritätsschaden von 2%, was eine dauerhafte, unfallkausale Schädigung voraussetzt; Art. 24 Abs. 1 UVG. Auch die Dres.med. F. _____ und L. _____ schätzten die unfallkausale Schädigung als dauerhaft ein). Auch setzt sich Dr.med. G. _____ nicht mit der vorbestehenden Arthrose auseinander und macht keine Aussage dazu, ob es sich um einen stabilen Vorzustand handelt (was nach Abklingen der Aktivierung zu einem status quo ante führen würde) oder sich die vorbestehende Arthrose schicksalsmässig verschlimmert (so dass der status quo sine erreicht werden konnte). Damit ist nicht nachvollziehbar, was Dr.med. G. _____ mit Beantwortung beider Fragen aussagen wollte. Schliesslich belässt er es in Beantwortung der Frage nach dem status quo sine bei der Aussage, die bestehende Symptomatik am rechten Mittelfinger wäre auch ohne Unfall am 15. Dezember 2010 früher oder später im heutigen Ausmass aufgetreten. Unbeantwortet lässt er damit die (ausdrücklich gestell-

te) Frage, ob dieser Zustand ohne Unfall auch heute schon eingetreten wäre oder wann dies der Fall wäre. Dies ist indes von Bedeutung für die Frage, ob noch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem aktuellen Zustand besteht. Denn wenn die heutige Symptomatik zwar ohnehin auch ohne Unfall eintreten würde, aber erst später, dann ist das heutige Beschwerdebild dennoch verursacht durch den Unfall vom 15. Dezember 2010. Und offengeblieben ist schliesslich auch die von Dr.med. I. _____ aufgeworfene Frage, ob allenfalls die - seines Erachtens sinnfreie - Gelenkstoilette vom 12. November 2013 allenfalls zur Zerstörung des PIP-Gelenkes beigetragen hat.

Damit aber können die Beurteilungen Dres.med. G. _____ und I. _____, auf welche sich die Vorinstanz abgestützt hat, weder als abschliessend noch als schlüssig betrachtet werden.

3.8 Die Sache ist noch nicht spruchreif. Fest steht, dass der Mittelfinger rechts vorgeschädigt war. Gemäss Dr.med. F. _____ sind die 2017 aufgetretenen Beschwerden mindestens teilweise wieder auf den Unfall vom 15. Dezember 2010 zurück zu führen. Nach Beurteilung Dres.med. G. _____ und I. _____ hingegen würde die Symptomatik aufgrund der Vorschädigung so oder so früher oder später im heutigen Ausmass auftreten. Selbst wenn dieser Beurteilung gefolgt wird (und nicht gemäss Dr.med. F. _____ die natürliche Kausalität ohnehin zu bejahen wäre) stellt sich jedoch die Frage, ob der status quo sine (vel ante, was ebenfalls noch offen ist) bereits eingetreten ist (womit die Unfallkausalität entfielen) oder nicht (womit die Vorinstanz weiterhin leistungspflichtig wäre). Zu berücksichtigen ist dabei auch die von Dr.med. I. _____ aufgeworfene Frage der Schädigung durch die Gelenkstoilette vom 12. November 2013. Damit aber wurde der Sachverhalt durch die Vorinstanz noch nicht abschliessend geklärt, weshalb die Sache an die Vorinstanz zurück zu weisen ist.

4.1 Damit erweist sich die Beschwerde als begründet; der Einspracheentscheid vom 23. Februar 2018 ist aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurück zu weisen.

4.2 Kosten werden keine erhoben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.3 Der nicht anwaltschaftlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde werden der Einspracheentscheid vom 23. Februar 2018 sowie die Verfügung vom 15. August 2017 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
4. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 20. Juni 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 29. Juni 2018

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz
Kammer I

