

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Die vom Beschwerdeführer gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde an das Bundesgericht hat dieses mit Entscheiddatum vom 17. April 2020 abgewiesen (8C_828/2019).

Urteil vom 29. Oktober 2019

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, M. Schneider, E.Graf, Oberrichterin D. Sieber, a.o. Obergerichtsschreiber M. Ledermann
Verfahren Nr.	O3V 18 25
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A. _____ vertreten durch: RA AA _____
Beschwerdegegnerin und Vorinstanz	SUVA Schweiz. Unfallversicherungsanstalt, Postfach 4358, 6002 Luzern vertreten durch: RA B. _____,
Gegenstand	UVG-Leistungen Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 27. April 2018

Rechtsbegehren des Beschwerdeführers:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien weiterhin die UVG-Leistungen nach Massgabe der medizinisch festgestellten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.
2. Eventualiter sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und es sei eine polydisziplinäre Abklärung bei einem Universitäts- oder Kantonsspital in Auftrag zu geben, woraufhin neu zu entscheiden sei.
3. Es wird ausdrücklich beantragt, eine öffentliche Verhandlung samt Zeugenbefragung (Dr. C. _____ und die Ehefrau des Versicherten, D. _____) durchzuführen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten des Beschwerdegegners.

Rechtsbegehren der Beschwerdegegnerin:

1. Die Beschwerde vom 25. Mai 2018 sei vollumfänglich abzuweisen und der Einsprache-Entscheid von 27. April 2018 zu bestätigen.
2. Die Kosten seien beim Kostenlosigkeit des Verfahrens wettzuschlagen.

Sachverhalt

- A. Am 18. September 2012 sägte sich A. _____ (geboren 1971, nachfolgend Beschwerdeführer genannt) während der Arbeit als Facharbeiter bei der E. _____ AG in F. _____ AR in den Mittelfinger seiner linken Hand. Er gab an, bei der Zerteilung von Ästen mit der Motorsäge ausgerutscht zu sein (act. 9/1).
- B. Mit Schreiben vom 21. September 2012 verfügte die Geschäftsstelle der SUVA in St. Gallen, dass der Beschwerdeführer ab dem 21. September 2012 einen Anspruch auf ein Taggeld in Höhe von CHF 155.70 habe (act. 9/6, S. 1). Das Arbeitsverhältnis bei der E. _____ AG wurde am 30. November 2012 beendet (act. 9/326).

- C. Im Spital Herisau wurde infolge des Unfalls eine Strecksehnedurchtrennung auf Höhe PIP Dig. III durchgeführt. Sechs Wochen danach kam es zu einer Infektion im Bereich des operativ angebrachten Spickdrahtes. Der Spickdraht wurde daraufhin entfernt und der Beschwerdeführer mittels Antibiotika vier Wochen postoperativ behandelt. Der Operationsbericht vom 30. Oktober 2012 hielt fest, dass die Wunde zwar blute, ansonsten jedoch reizlos sei und insbesondere kein Eiter austrete – weder spontan noch auf Druck. Am selbigen Tag wurde im Spital in Herisau an der Wundstelle eine Inzision sowie eine Spülung durchgeführt (act. 9/9, S. 1). Im Anschluss fanden am Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend KSSG) vom 5. bis zum 11. November 2012 weitere operative Revisionen statt (act. 9/16, S. 2). Postoperativ seien die Beschwerden des Patienten rasch regredient gewesen, so dass er bei trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden konnte (act. 9/18).
- D. Während der kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Juni 2013 gab der Beschwerdeführer in der Besprechung an, er könne den Mittelfinger der linken Hand überhaupt nicht mehr beugen. Das Gelenk sei total zerstört, worunter auch die anderen Finger dieser Hand leiden würden. Die gesamte linke Hand sei für ihn funktionell unbrauchbar geworden (act. 9/64). Der Kreisarzt Dr. med. G. _____ kam in seinem Untersuchungsbericht vom 6. Juni 2013 zum Ergebnis, dass eine schmerzhafte Einsteifung im Bereich PIP Dig. III, linke Hand vorliegen würde, jedoch kein Hinweis auf einen akuten Infekt ersichtlich sei (act. 9/66, S. 4 f.). In der Nachkontrolle am KSSG vom 2. Juli 2013 stuften die involvierten Ärzte den Erhalt des destruierten PIP-Gelenks am Dig. III als nicht mehr sinnvoll ein (act. 9/69, S. 2). Aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzausweitung auf die Nachbarsfinger, die gesamte Hand sowie den Vorderarm sei dieser Eingriff jedoch vorsichtig zu überlegen. Schliesslich könne auch ein nicht ganz typisches Complex Regional Pain Syndrom (kurz CRPS) nicht ausgeschlossen werden. Am KSSG wurde am 7. August 2013 im Bereich des Dig. III eine leichte Schwellung sowie Rötung sichtbar. Eine weitere klinische Untersuchung habe nicht stattfinden können, da der Patient bei jeder Berührung aufgeschrien habe. Die Haut sei abgesehen von Dig. III komplett unauffällig gewesen (act. 9/87, S. 1).
- E. Am 8. August 2013 kam es mit dem ausdrücklich durch den Beschwerdeführer geäusserten Willen zur Amputation des Mittelfingers. Dieser Eingriff sahen die behandelnden Ärzte als *ultima ratio* an und führten diesen erst durch, als die Schmerzsymptomatik auch trotz Analgesie und CRPS-Prophylaxe nicht rückläufig gewesen sei. Postoperativ gab der Patient weniger Schmerzen an und der Stumpf habe eine positive Heilungstendenz ohne Hinweise auf einen Infekt gezeigt. Am vierten postoperativen Tag sei es plötzlich zu rasch zunehmenden Schmerzen mit einhergehender Rötung und Schwellung von Dig. IV bei

neuen oberflächlichen Hautschürfungen gekommen. Die Ursache der Hautverletzung konnte dabei weder dermatologisch noch infektiologisch erklärt werden. Nach einem Wechsel der medikamentösen Behandlung sei die Rötung und Schwellung der besagten Stelle jedoch wieder zurückgegangen, so dass der Beschwerdeführer bei reizlosen Wundverhältnissen am 14. August 2013 nach Hause entlassen werden konnte (act. 9/93, S. 1).

- F. Weniger als einen Monat später war der Beschwerdeführer vom 4. September bis 19. September 2013 erneut im KSSG hospitalisiert. Der Austrittsbericht vom 19. September 2013 legt dar, dass der Beschwerdeführer über progrediente Beschwerden mit Rötung, Schwellung und Schmerzen am Mittelfingerstumpf geklagt habe (act. 9/115, S. 1). Der Beschwerdeführer habe bei reizloser Wunde, in gutem Allgemeinzustand, jedoch mit noch persistierenden Schmerzen trotz hoher Medikamentendosis nach Hause entlassen werden können (act. 9/115, S. 2).
- G. Der Bericht zur ambulant durchgeführten Handsprechstunde an der Uniklinik Balgrist in Zürich vom 2. Oktober 2013 äusserte sodann den Verdacht auf ein CRPS mit ausgeprägten neuropathischen Komponenten. Ein Infekt müsse jedoch ausgeschlossen werden (act. 9/122, S. 2).
- H. Im Schreiben vom 30. Oktober 2013 attestierte Dr. med. C_____ eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 32.21), weshalb eine engmaschige psychiatrisch-psychotherapeutische, ambulante Behandlung in der Klinik Teufen angezeigt sei. Es bestehe eine komplette Arbeitsunfähigkeit (act. 9/129, S. 2).
- I. Als der Beschwerdeführer gegenüber der SUVA angab, aus der Amputationsstelle würde Eiter fließen (act. 9/174), wurde erneut ein Termin beim KSSG organisiert. Der dort erstellte Radiologiebericht über ein MRT bescheinigt am 10. März 2014 eine ausgedehnte Narbenbildung und diffuse Phlegmone am Stumpfende, ohne bildmorphologisch Anhaltspunkte für ein CRPS feststellen zu können (act. 9/193).
- J. Die von der SUVA in Auftrag gegebene psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. H._____ kam am 11. März 2014 zum Ergebnis, aufgrund des Verlaufes, wie er sich im Dossier darstellt, könne mit grosser Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen psychiatrischen Symptome, die zur Behandlung bei Dr. med. Milan C_____ geführt hätte, ohne den Unfall vom 18. September 2012 nicht aufgetreten wären. Inwieweit dabei die Schmerzausbreitung und die zeitweise extreme Schmerzempfindlichkeit durch die Verletzung selbst erklärt werden könnten und damit

zumindest teilweise auch eine neuropathetische Schmerzsymptomatik ursächlich mit berücksichtigt werden müsse, oder inwieweit auch eine veränderte Schmerzwahrnehmung die Symptomatik beeinflusse, liesse sich nicht mit letztendlicher Sicherheit klären (act. 9/196, S. 6 f.).

- K. Nachdem sich der Beschwerdeführer zwischen dem 19. und dem 29. März 2014 im KSSG erneut stationär behandeln liess, diagnostizierte der Austrittsbericht von 31. März 2014 eine Somatisierungsstörung der linken Hand mit chronischem Schmerzsyndrom. Die vom Patienten angegebenen Beschwerden liessen sich unter Einbezug der vorliegenden Befunde nicht mit einer revisionsbedürftigen, akuten Infektsituation erklären. Vielmehr müsse von einer Schmerzchronifizierung mit Somatisierungsstörung, evtl. auch von Automutilation (d.h. von einer Selbstverstümmelung) ausgegangen werden, welche durch eine erneute chirurgische Intervention nicht behandelt werden könne (act. 9/217, S. 2).
- L. Am 23. April 2014 liess der Beschwerdeführer in der Klinik Alfamedic in Belgrad eine Wundrevision sowie eine Entfernung der Metacarpale III durchführen. Der Patient sei dort wegen der Schwellung, der Rötung, der Sezernation sowie der Schmerzen in der linken Hand aufgenommen worden. Bei der Entlassung sei die Wunde gut geheilt (act. 9/223, S. 2 f.). Dem Schreiben der SUVA vom 23. Mai 2014 kann entnommen werden, dass die SUVA sich anschliessend dafür entschied, die Kosten dieser erste OP in Serbien ausnahmsweise zu übernehmen. Dies entgegen vorheriger Ankündigungen und mit Hinweis darauf, dass diese Verfügung keine präjudizielle Wirkung entfalten werde (act. 9/228).
- M. Zwischen dem 12. und 15. August 2014 hielt sich der Beschwerdeführer auf Anraten von Dr. med. I. _____ in der Klinik Bellikon zwecks Durchführung von Rehabilitationsmassnahmen auf. Dabei kam es zu einem vorzeitigen Austritt, da die Behandlung wegen angegebener gesteigerter Schmerzempfindlichkeit nicht durchführbar gewesen sei. Die untersuchenden Ärzte wiesen ebenfalls auf die Möglichkeit einer Automutilation hin und dass eine Symptomausweitung bzw. Inkonsistenzen sichtbar seien (act. 9/256, S. 3 ff.).
- N. Am 18. August 2014 berichtete die Klinik Alfamedic in Belgrad, dass beim Beschwerdeführer eine Eitersekretion aus der Fistula im Bereich des linken Zeigfingers austrete, welche operativ versorgt werden musste (act. 9/249). In der Folge hat am 18. August dort eine Amputation des Zeigefingers der linken Hand und des dazugehörigen metakarpalen Knochens stattgefunden (act. 9/258, S. 5).
- O. Der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers verschlechterte sich nach dessen eigenen Angaben daraufhin noch weiter: Der Verlaufsbericht von Dr. med. C _____ an

die SUVA vom 6. März 2015 bescheinigte eine schwere Anpassungsstörung mit gemischt ängstlichen und depressiven Reaktionen sowie eine wahrscheinlich beginnende Entwicklung einer andauernden Persönlichkeitsstörung (act. 9/290), die SUVA notiert anlässlich eines Gesprächs mit dem Beschwerdeführer Schmerzen, die angeblich bis in den Kopf ausstrahlen und öfters plötzliche Zitteranfälle der linken Hand (act. 9/298). In der kreisärztlichen Untersuchung vom 1. April 2015 weist demgegenüber med. pract. J._____, Fachärztin für Chirurgie, auf reizlose Wundenverhältnisse, fehlende Anzeichen eines CRPS und eine nicht nachvollziehbare Indikation zur Amputation Dig. II hin (act. 9/299, S. 7 ff.).

- P. Mit Schreiben vom 3. Juli 2015 wies die SUVA den Beschwerdeführer darauf hin, sich vor einer weiteren Behandlung in Belgrad bei der SUVA für eine kreisärztliche Untersuchung zu melden (act. 9/317, S. 1).
- Q. Infolge dieser Ereignisse wurde die MEDAS Zentralschweiz von der SUVA beauftragt, den Beschwerdeführer für eine umfassende Abklärung einzuladen. Zur Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens, bestehend aus einem orthopädischen, neurologischen sowie psychiatrischen Teilgutachten, wurde dem Beschwerdeführer ein Termin angesetzt, den der Beschwerdeführer planmässig am 24., 26. und 29. Februar 2016 wahrnahm. Federführender Gutachter war Dr. med. K._____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie (act. 9/349, S. 1; 9/358 ff.).
- R. Am 25. April 2016 liess der Beschwerdeführer wegen Schwellung, Rötung und starken Schmerzen im Bereich des linken Daumens in der Alfaklinik in Belgrad auch noch die Amputation des Daumens seiner linken Hand vornehmen (act. 364, S. 1).
- S. Mit Schreiben vom 4. August 2016 teilte die SUVA dem Beschwerdeführer mit, die Leistungen rückwirkend per 1. Juli 2016 einzustellen. Dies mit der Begründung, dass sich der Beschwerdeführer entgegen der Empfehlung der SUVA verhalten habe, indem er sich vor einer weiteren Behandlung in Belgrad nicht bei der SUVA kreisärztlich abklären liess. Darüber hinaus gehe aus dem in Auftrag gegebenen Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Selbstschädigung hervor (act. 9/376).
- T. Am 14. November 2016 sowie am 2. Januar und 11. April 2017 äusserte sich Dr. med. C_____ zur psychischen Verfassung des Beschwerdeführers. Er gehe davon aus, dass die Beschwerden nach der Sägeverletzung ausgewiesen seien. Eine artifizierte Störung bzw. ein sog. Münchhausen-Syndrom, d.h. ein Erzeugen oder Vortäuschen körperlicher oder psychischer Symptome ohne ersichtlichen Grund, müsse ausgeschlossen werden (act. 9/388, S. 3). Dies auch deshalb, weil sowohl in objektiver als auch subjektiver

ver Hinsicht eine Verbesserung der initial mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik auszumachen sei (act. 9/393, S. 2). Insbesondere hätte er beim Patienten während keiner Sprechstunde seit Therapieaufnahme Verletzungen, Schürfungen oder Blutspuren festgestellt (act. 9/413, S. 2 f.).

- U. Der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers, Dr. iur. AA_____, forderte gegenüber der SUVA am 29. November 2016 eine sachliche und neutrale Abklärung durch unabhängige Mediziner. Die SUVA solle zudem Abstand vom Vorwurf der Selbstverstümmelung nehmen und die bisherigen Leistungen weiterhin erbringen (act. 9/388, S. 1 f.).
- V. Am 18. Februar 2017 äusserte sich Dr. med. L._____ gegenüber Dr. iur. AA_____ dahingehend, dass von den vormalig behandelnden Ärzten als Ursache der Schmerzen ein Morbus Sudeck hätte erkannt werden müssen. Die Aussagen der Gutachter, wonach der Patient selber schuld sei an seiner Invalidität, würden definitiv nicht zutreffen (act. 9/405, S. 3).
- W. In ihrer ärztlichen Beurteilung wies J._____ am 16. Juni 2017 darauf hin, dass von einer Selbstschädigung des Beschwerdeführers auszugehen sei. Zu diesem Schluss gelang die Ärztin massgeblich gestützt auf ihre Einschätzung, bis wann die vollständige Heilung gedauert hätte bzw. wann von einem Endzustand hätte ausgegangen werden müssen *ohne* die anzunehmende Selbstschädigung (act. 9/425, S. 1, 7 ff.).
- X. Am 21. Juli 2017 verfügte die SUVA die Ablehnung der IV-Rente. In der Begründung hierzu stellt sich die SUVA auf den Standpunkt, die medizinischen und erwerblichen Abklärungen hätten ergeben, dass eine Selbstschädigung durch den Versicherten stattgefunden habe (act. 9/433, S. 2). Der Endzustand sei im Hinblick auf die Unfallfolgen unter Ausschluss der Selbstschädigung spätestens Mitte März 2014 erreicht worden, weshalb eine weitere Leistungspflicht ab 1. April 2014 abgelehnt wurde. Sodann könne keine erhebliche, unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit vorliegen. Schliesslich habe die SUVA aufgrund der erfolgten Selbstschädigung ab dem 1. April 2014 bis zu 21. Juni 2016 zu Unrecht Taggeldleistungen in Höhe von CHF 105'955.80 erbracht, welche sie hiermit zurückfordere (act. 9/433, S. 3).
- Y. Mit Schreiben vom 25. Juli 2017 bzw. vom 26. September 2017 erhob der Beschwerdeführer bei der SUVA Einsprache gegen die Verfügung vom 21. Juli 2017 (act. 9/435; 9/440). Ebenfalls stellte der Beschwerdeführer ein Erlassgesuch hinsichtlich der von der SUVA geltend gemachten Rückforderungssumme, da die Leistungen in guter Treue bezogen wurden. Dem Schreiben vom 26. September 2017 wurde die Stellungnahme von Dr. M._____ vom 29. August 2017 beigelegt.

- Z. Aus der Verlaufskonsultation des Schmerzzentrums am KSSG vom 2. März 2018 lässt sich entnehmen, dass nach Ansicht des untersuchenden Arztes N._____ eine weit fortbestehendes chronifiziertes Schmerzsyndrom bestehe, welches im Bereich der linken Hand infolge eines Traumas begonnen habe. Im Verlauf der Jahre sei es zu einer Symptomausweitung über den linken Arm, die linke Gesichtshälfte und das linke Bein gekommen. Zusätzlich zeige der Patient psychiatrische Komorbiditäten im Sinne einer andauernden Persönlichkeitsänderung, die vermutlich auf den beschriebenen Schmerzen basierten (act. 9/471, S. 17). Jedoch seien bei der aktuellen Untersuchung die Budapestkriterien zur Diagnose eines CRPS nicht erfüllt worden. Für die weitere Behandlung sei zwingend eine psychiatrische Begleitung vorgesehen (act. 9/471, S. 18). Der von Dr. iur. AA_____ eingereichte und wiederum von Dr. N._____ erstellte Verlaufsbericht des Schmerzzentrums KSSG vom 6. Februar 2019 bestätigt die Diagnose des vorerwähnten Berichts vom 2. März 2018 (act. 18, S. 1).
- AA. Am 27. April 2018 erging der Einspracheentscheid der SUVA (act. 9/462), welcher die Abweisung der Einsprache sowie des Gesuchs um Erlass der Rückforderung festlegte (act. 9/462). Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid erfolgte am 25. Mai 2018 (act. 1). Die SUVA liess sich am 4. Oktober 2018 hierzu vernehmen. Die Replik des Beschwerdeführers hiergegen erging – nach mehrmalig gewährter Fristerstreckung – am 30. Januar 2019 (act. 15), die Duplik der SUVA am 26. Februar 2019 (act. 19).

Erwägungen

1. Formelles

- 1.1. Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 lit b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht Beschwerden gegen solche Entscheide. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen (unter Vorbehalt der hier nicht betroffenen Zuständigkeiten des Einzelrichters) der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im Staatskalender Appenzell Ausserrhoden für das Amtsjahr 2018/19, S. 83), weshalb diese zur Beurteilung der Beschwerde zuständig ist. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt,

dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten des Beschwerdeführers als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] in Verbindung mit Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

1.2. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.3. Da das Begehren des Beschwerdeführers, wonach dessen Ehefrau D._____ sowie Dr. med. C._____ in einer öffentlichen Verhandlung anzuhören seien (vgl. act. 1, S. 2 und der Verweis auf die dort gestellten Begehren in act. 15, S. 2), eine Frage prozessualer Natur betrifft, ist jenes an dieser Stelle zu klären.

1.4. In der Verfügung des Obergerichts vom 18. Oktober 2018 wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auf eine mündliche Verhandlung verzichtet werde, falls hierzu kein Antrag innert den nächsten zehn Tagen eingereicht werde (act. 10). Diese Frist hat der Beschwerdeführer nicht gewahrt und sich auch in den darauf folgenden Eingaben nicht mehr zu diesem Begehren geäußert (vgl. etwa die Replik vom 30. Januar 2019, act. 15). Insofern ist das Verhalten des Beschwerdeführers als stillschweigender Verzicht auf die Durchführung einer gerichtlichen Befragung zu werten (vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 5A_995/2015 vom 29. August 2016 E. 2.5 sowie Art. 55 Abs. 3 JG, wonach der Verzicht auf eine Verhandlung grundsätzlich zulässig ist). Darüber hinaus beinhaltet der Öffentlichkeitsgrundsatz keinen Anspruch darauf, dass bestimmte Beweismittel öffentlich und in Anwesenheit der Parteien abgenommen werden. Wird lediglich eine persönliche Anhörung oder Befragung, ein Parteiverhör bzw. eine Zeugeneinvernahme verlangt, darf das Gericht daraus schliessen, dass es dem Antragssteller um die Abnahme bestimmter Beweismittel und nicht um die Durchführung einer Verhandlung mit Publikumsanwesenheit geht (BGE 122 V 47 E. 3a, Urteil des Bundesgerichts 2C_100/2011 vom 10 Juni 2011 E. 2.5). Indem der Beschwerdeführer die beiden Personen ausdrücklich als Zeugen befragen will und „eine öffentliche Befragung mit Zeugenbefragung beantragt“ (act. 1, S. 4), steht deutlich die Beweismittelabnahme in Vordergrund. Auf eine öffentliche Verhandlung konnte demnach zu Recht verzichtet werden. Und selbst wenn das Begehren des Beschwerdeführers als Antrag auf eine Zeugenbefragung zu verstehen wäre, dürfte diese in Anwendung antizipierter Beweiswürdigung unterbleiben: Sowohl Dr. med. C._____ wie auch die Ehefrau des Beschwerdeführers sollten laut Beschwerdeführer Tatsachen bestätigen, welche der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift bereits vorwegnimmt – etwa die Bezeugung seiner nächtlichen Zitteranfälle (act. 1, S. 4) oder dass die verletzte Hand geeitert habe (act. 1, S. 6) – respektive die den Gesundheitszustand des

Beschwerdeführers betreffen, zu welchem namentlich Dr. med. C._____ bereits mehrmals und ausführlich schriftlich Stellung bezogen hat (etwa in act. 9/290 oder act. 9/388). Unter diesen Umständen sind durch eine zusätzliche Zeugenbefragung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (zur zulässigen Abweisung einer Zeugenbefragung in Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung im Sozialversicherungsrecht vgl.: Urteil des Bundesgerichts 8C_529/2012 vom 18. Dezember 2012 E. 5.3).

- 1.5. Der Beschwerdeführer bringt in formeller Hinsicht nebstdem vor, die beiden, für die Erstellung der jeweiligen Teilexpertise verantwortlichen Gutachter Dr. O._____ und Dr. K._____ seien früher bzw. noch während der Erstellung ihrer Gutachten bei der SUVA angestellt gewesen (act. 1, S. 4 f., S. 8; vgl. auch act. 15, S. 7, 10). Sinngemäss spricht der Beschwerdeführer damit eine Verletzung der Ausstandregel an. Der Beschwerdeführer bestreitet in seinen Ausführungen zwar nicht, dass er von der SUVA im Schreiben vom 12. November 2015 explizit darüber ins Bild gesetzt wurde, wonach Dr. K._____ bis August 2015 für die SUVA tätig war (vgl. act. 9/349). Er sei am 12. November 2015 allerdings noch nicht fachmännisch vertreten gewesen und aufgrund seiner Betroffenheit habe er sich damals noch nicht gegen diese Auswahl der Gutachter zur Wehr setzen können. Schliesslich verhalte es sich so, dass auch im IV-Verfahren für Begutachtungen die Parteien um eine gemeinsame Begutachtung angegangen werden (act. 1, S. 5).
- 1.6. Zunächst ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer bei der Begutachtung durch Dr. K._____ von einem Zeitpunkt ausgeht, als dieser noch bei der SUVA angestellt war. Laut besagtem Schreiben vom 12. November 2015 bestand das Arbeitsverhältnis zwischen Dr. K._____ und der SUVA hingegen nur bis August 2015, die Begutachtung wurde erst Ende Februar 2016 durchgeführt. Wie Dr. O._____ war Dr. K._____ demzufolge gar nicht mehr bei der SUVA angestellt, als er die Begutachtung durchführte. Grundsätzlich kann die versicherte Person den vermeintlich unabhängigen Sachverständigen nach Art. 44 ATSG nur aus triftigem Grund ablehnen. Triftige Gründe liegen anerkanntermassen bei Ausschluss- und Ablehnungsgründe vor, wie sie etwa in Art. 34 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) enthalten sind. Im Fokus stehen somit primär die fehlende Kompetenz des versicherungsexternen Sachverständigen oder dessen persönliches Interesse am Resultat der Begutachtung (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, S. 599). Allein die Tatsache, dass eine sachverständigende Person vom Versicherungsträger in der Vergangenheit bereits für mehrer Begutachtungen herangezogen wurde, vermag hingegen noch keinen solchen triftigen Grund zu rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. August 2007 9C_67/2007 E. 2.4). Dies gilt umso mehr, weil selbst im Umstand, dass der

beauftragte Sachverständiger beim Versicherungsträger *intern* angestellt ist, von der Rechtsprechung per se noch kein ausreichender Befangenheitsgrund erblickt wird (BGE 135 V 465 E 4.4; 125 V 351 E. 4b/ee). Im Gegensatz zur Ansicht des Beschwerdeführers, durch die Einsetzung von eigenen SUVA-Mitarbeitern als Gutachter würde Art. 6 EMRK in exemplarischer Weise verletzt werden (act. 1, S. 8 f.), führt das Bundesgericht aus, auch aus Art. 6 Ziff. 1 EMRK folge nicht, dass solche Stellungnahmen in jedem Fall unbeachtlich wären (BGE 135 V 465 E 4.4). Die rein institutionelle Abhängigkeit hätte demnach vorliegend nicht zu einer Umbesetzung der begutachtenden Sachverständigen geführt, wenn jene rechtzeitig geltend gemacht worden wäre. Einen weiteren, konkreten Anhaltspunkt, der auf die Befangenheit der beiden Begutachter hindeutet, vermochte der Beschwerdeführer im Übrigen nicht vorzubringen. Der Antrag des Beschwerdeführers, es sei eine neutrale Gerichtsexpertise zu erstellen (act. 1, S. 5), ist damit abzuweisen.

- 1.7. Zur Frage, ob dem Antrag, eine polydisziplinäre Abklärung bei einem Universitäts- oder Kantonsspital in Auftrag zu geben, gefolgt werden kann, ist nachstehend auf E. 2.17. f. zu verweisen.

2. Materielles

Berufsunfall

- 2.1. Damit Versicherungsleistungen gestützt auf das UVG gewährt werden können, setzt Art. 6 Abs. 1 UVG ausdrücklich einen Berufsunfall voraus. Vorab lässt sich festhalten, dass von den Parteien nicht bestritten wird, bei der mittels Motorsäge zugefügten Verletzung des linken Zeigefingers des Beschwerdeführers würde es sich nicht um einen Unfall nach Art. 4 ATSG handeln, welcher sich im Sinne von Art. 7 Abs. 1 ATSG bei der Arbeit ereignete. Dies äussert die Beschwerdegegnerin dadurch, dass ihrer Ansicht nach der Endzustand der Unfallfolgen (unter Ausschluss der Selbstschädigung) spätestens Mitte März 2014 erreicht worden ist (act. 9/433, S. 2) und die zuvor erbrachten Leistungen (unter anderem auch die Spitalbehandlungskosten, vgl. die Kostengutsprache vom 21. September 2012 in act. 9/5) mit der Verfügung vom 21. Juli 2017 nicht zurückgefordert wurde.
- 2.2. Im hier zu beurteilenden Fall ist daher vielmehr die Frage zentral, ob der anschliessende Eintritt der beteuerten Schmerzleiden und allfälligen psychischen Beschwerden kausal auf das versicherte Ereignis – also den Unfall mit der Motorsäge – zurückzuführen sind (so der Beschwerdeführer), oder ob diese Kausalität zu verneinen ist bzw. eine Automutilation vorliegt, welche nach Art. 37 Abs. 1 UVG den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ausschliesst (so die Beschwerdegegnerin).

Kausalität im Allgemeinen

- 2.3. Der Beschwerdeführer bringt zur Frage der Kausalität vor, dass die somatischen Unfallfolgen per se unfallkausal seien, zumal die Diagnose CRPS weiterhin persistiere (act. 1, S. 3, mit Verweis auf act. 4 [Berichte des Kantonsspitals St. Gallen vom 2. März 2018 und 4. Mai 2018]). Ferner sei das Zittern eine eindeutige Unfallfolge, weil es erst nach dem Unfall entstanden sei, seither fortbestehe und an der linken Extremität respektive Körperseite vorkomme (act. 15, S. 5). Die medizinische Problematik müsse zudem als unfallbedingt anerkannt werden, da alle Behandlungen unfallbedingt verursacht und zur Amputation mehrerer Finger geführt hätten (act. 15, S. 3). Überdies verweist der Beschwerdeführer mehrmals auf medizinische Unterlagen, welche angeblich das CRPS respektive die psychiatrische Komorbidität bestätigen würden. Laut dem Beschwerdeführer würden diese Befunde für eine Bejahung der Kausalität bereits ausreichen (act. 1, S. 7; act. 15, S. 9).
- 2.4. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung in Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG besteht grundsätzlich nur, soweit der eingetretene Gesundheitsschaden bzw. die Berufskrankheit die Folge eines versicherten Risikos darstellt, was einen natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang voraussetzt (BGE 129 V 177 E. 3). Ein natürlicher Zusammenhang liegt vor, wenn der Unfall nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass auch der Schaden entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1). Es handelt sich dabei um eine Tatfrage, welche mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden muss (BGE 119 V 335 E. 1). Die Adäquanz der Kausalität, deren Abklärung andererseits eine Rechtsfrage darstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C_522/2007 vom 1. September 2008 E. 4.3.2), ist im Besonderen nach der sich aus BGE 115 V 133 herausgebildeten Rechtsprechungspraxis zu prüfen, wenn organisch nicht hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zur Diskussion stehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2009 vom 15. Januar 2010 E. 4.1.1; 8C_136/2016 vom 11. August 2016 E. 3.2).

Kausalität zwischen psychischen Beschwerde und Unfallereignis

- 2.5. Zunächst gilt es zu ergründen, ob zwischen einer allfälligen psychische Beeinträchtigung, auf die auch der Beschwerdeführer verweist (vgl. act. 15, S. 9), und dem Unfallereignis ein Kausalzusammenhang angenommen werden kann. Dem Adäquanzerfordernis wird hierbei eine besondere Bedeutung beigemessen, wenn organisch nicht hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zur Diskussion stehen, was insbesondere auf psychischen Unfallfolgen zutrifft. Um die Adäquanz mit der hierzu entwickelten Praxis bejahen zu

können, muss der Unfall eine gewisse Schwere aufweisen (BGE 140 V 356 E. 3.2). Diese bestimmt sich aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften, wobei demgegenüber die Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können, nicht massgebend sind. Bei banalen und leichten Unfällen ist die Adäquanz prinzipiell zu verneinen, während sie bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen ist (BGE 140 V 356 E. 3.2; vgl. auch BGE 129 V 177 E. 4.1 mit Aufzählung der relevanten Kriterien). In der Praxis wurden als schwerere Fälle im mittleren Bereich etwa Amputationen an den Fingern III-V durch ein laufendes Fräsblatt (RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428 E. 2b/bb [U 280/97]) und die Totalamputation an den Fingern I-III mit subtotaler Amputation an den Fingern IV und V beim Kehlen beurteilt (Urteil U 233/95 vom 13. Juni 1996 E. 3b). Demgegenüber wurde eine Abtrennung der Finger II-IV auf der Höhe der Mittelgelenke sowie des Fingers V auf der Höhe der Endphalanx durch ein Stahlseil beim Holzführen (Urteil U 38/99 vom 7. Mai 2001 Sachverhalt A und E. 2a) als mittelschweres Geschehen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen gewertet.

2.6. Den Akten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer sich mit der Motorsäge die Strecksehne auf Höhe PIP (steht für „proximales Interphalangealgelenk“) durchgetrennt hat (act. 9/9, S. 1), womit die Durchtrennung auf der Höhe des Mittelgelenkes stattfand. Durch das Unfallereignis wurde unmittelbar auch „nur“ ein Finger verletzt. In Relation zu den vorstehend zitierten Beispielen aus der Rechtsprechung ist vorliegend von einem mittelschweren Geschehen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen auszugehen. In einem solchen Fall müssen zur Bejahung der Adäquanz vier von sieben der sich in der Praxis herausgebildeten, folgenden Kriterien erfüllt sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_899/2013 vom 15. Mai 2014 E 5.1 mit Hinweisen; BGE 115 V 133 E. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- (körperliche) Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen
- Grad und Dauer der (physisch) bedingten Arbeitsunfähigkeit.

- 2.7. Bei der Beurteilung der Frage, ob die Adäquanzkriterien nach BGE 115 V 133 gegeben sind, wird lediglich von den organischen Unfallfolgen ausgegangen; etwaig bloss als körperlich imponierend Schäden, die organisch nicht hinreichend erklärbar sind, bleiben dabei unberücksichtigt (Urteile des Bundesgerichts 8C_568/2015 vom 15. Januar 2016 E. 3.6; 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). Vorliegend können die vom Beschwerdeführer angezeigten Schmerzen weder mit Hilfe des neurologischen Teilgutachtens erklärt werden (act. 9/358, S. 5 f. und S. 7, wobei für das Vorliegen eines CRPS einzig die hervorgerufenen Schmerzen sowie die Überempfindlichkeit angegeben werden), noch sind die Ärzte des KSSG im Stande, den Schmerzen eine organische Ursache zuzuordnen (act. 9/193, wonach bildmorphologisch derzeit keine Anhaltspunkte für ein CRPS bestehen; 9/217, S. 2; 9/471, S. 18). Zu selbigem Ergebnis kam auch die Klinik Bellikon (act. 9/256, S. 4: „Die Intensität der Schmerzen [...] ist schwerlich vollumfänglich somatisch erklärbar.“). In Anwendung der sog. „Budapest-Kriterien“ will zwar Dr. med. C._____, Mediziner auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, ein CRPS deutlich bejahen (act. 9/413, S. 3). Dem steht jedoch die schlüssig begründete sowie sehr viel detailliertere Expertise von Dr. K._____ gegenüber, welcher das CRPS aus psychiatrischer Sicht deutlich ausschliesst (act. 9/359, S. 43). In Anbetracht dieser entgegenstehenden Fachmeinungen ist dem Befund von Dr. med. C._____ nur ein geringes Gewicht beizumessen. Da die angeblichen persistierenden Schmerzen demzufolge insgesamt organisch nicht hinreichend ergründbar sind, können die obigen Kriterien „ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung“, „schwieriger Heilverlauf“ oder eine „ärztliche Fehlbehandlung“ nicht mit diesen Schmerzen in Verbindung gebracht werden. Selbiges muss auch für den Grad und die Dauer einer physisch bedingten Arbeitsfähigkeit gelten. Da schlussendlich höchstens die beiden ersten der aufgezählten Kriterien in Frage kommen, ist die Adäquanz zwischen dem Arbeitsunfall und allfälligen psychischen Schmerzen in Übereinstimmung mit der Schlussfolgerung der Beschwerdeführer (act. 2.1, S. 9) zu verneinen. Eine detaillierte Beurteilung, ob der Versicherte infolge der Fingerverletzung überhaupt an einer psychischen Störung leidet, erübrigt sich somit.

Kausalität zwischen Schmerzsyndrom und Unfallereignis

- 2.8. Schliesslich bleibt zu klären, ob die von der linken Hand des Beschwerdeführers ausgehenden, angegebenen Schmerzen als eine direkte Folge des Unfallereignisses angesehen werden können, oder ob diese auf eine vom Beschwerdeführer selbst verursachte Automutilation zurückzuführen sind.

2.9. Damit Leistungen gestützt auf Art. 37 Abs. 1 UVG gekürzt werden können, wird ein Verschulden vorausgesetzt, dass dem Versicherten zuzurechnen ist. Es bedarf demnach einer vorsätzlichen Abweichung von einem unter den gegebenen Umständen angebrachten Durchschnittsverhalten, dessen negativen Folgen die versicherte Person auch aufgrund ihrer persönlichen Fähigkeit vernunftgemäss hätte entgegenwirken können und müssen (KASPAR GEHRING, in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, N 4 ff. zu Art. 37 UVG). Eventualvorsatz reicht nach höchstrichterlicher Praxis aus, um eine Leistungsverweigerung gestützt auf Art. 37 Abs. 1 UVG bejahen zu können (BGE 143 V 285 E. 4.2.4). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt bei einer Selbstschädigung – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (act. 1, S. 3) – nicht eine natürliche Vermutung, wonach prinzipiell von einem Selbsterhaltungstrieb ausgegangen werden muss. Vielmehr ist bezüglich der fehlenden Absicht der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anwendbar (KASPAR GEHRING, a.a.O., N. 44 zu Art. 37 UVG). Aufgrund der praktischen Beweisschwierigkeiten dürfen dabei an den Nachweis der Unfreiwilligkeit keine überspitzten Anforderungen gestellt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2009 vom 27. Mai 2010 E. 2.4 mit Hinweis auf Urteil 8C_727/2007 E. 3.2).

2.10. Um diese Voraussetzungen bejahen zu können, müssen Verhaltensweisen der versicherten Person vorhanden sein, die Rückschlüsse auf die erforderliche Selbstschädigungsabsicht zulassen. Diesbezüglich ist folgenden Angaben aus den medizinischen Akten Beachtung zu schenken:

Auffallend sind zunächst der wiederholt vom Beschwerdeführer geäusserte Wille nach einer Amputation der Gliedmassen (beispielhaft act. 9/133; 9/139, S. 3). Und dies, obwohl die behandelnden Ärzte den Beschwerdeführer bereits vor der Stumpfrückkürzung ausdrücklich auf die Möglichkeit einer Exazerbation der Beschwerden hinwiesen (act. 9/139, S. 3). Auch wurde der Beschwerdeführer gebeten, sich vor weiteren ärztlichen Behandlungen in Belgrad zu einem kreisärztlichen Untersuchungstermin zu melden, da die beklagten Entzündungen an der linken Hand bisher nicht nachvollziehbar seien (act. 9/317). Der Entschluss des Beschwerdeführers, die Amputation weiterer Glieder in der Klinik Alfamedic in Belgrad vornehmen zu lassen, erstaunt umso mehr, da diese Eingriffe ohne nachvollziehbare medizinische Indikation erfolgten (act. 9/299, S. 8). Noch vor der Resektion des Zeigfingers in Belgrad empfahl Dr. med. I. _____ dringend, ein solcher Eingriff erst nach einer gesicherten medizinischen Beurteilung durchzuführen (act. 9/219, S. 2). Auch die behandelnden Ärzte der Klinik Alfamedic in Belgrad lassen in den Akten keinen plausiblen Grund erkennen, weshalb die Amputation weiterer Glieder die Schmerzsituation beim Beschwerdeführer hätte verbessern sollen (vgl. etwa act. 9/258).

Die zuvor am KSSG durchgeführte Stumpfrückkürzung war dahingegen zumindest insofern plausibler, als dass das gesamte Leiden damals auf den Mittelfingerstumpf fokussiert wurde (act. 9/139), es sich dabei unmittelbar um den durch den Unfall bereits destruierten Finger handelte und zuvor noch keine Gliedmassen abgetrennt wurden, was das Ausbleiben des erhofften Erfolges eines solchen Eingriffes hätte belegen können. Hervorzuheben ist ergänzend eine Vielzahl von medizinischen Austrittsberichten des KSSG, die nach dem jeweils durchgeführten Eingriff immer wieder aufs Neue eine komplikationslose Wunderheilung attestierten (namentlich act. 9/18, S. 2; 9/93, S. 2; 9/152, S. 2; 9/187, S. 1; 9/217, S. 1). Ebenso bescheinigt der „Entlassungsschein“ der Klinik Alfamedic in Belgrad nach der Operation vom 15. April 2014 eine „gute“ Wundheilung (act. 9/223, S. 3). Ein positiver Heilverlauf wird sodann nach Amputation des Daumens von der Klinik Alfamedic bestätigt (act. 9/283, S. 1). Selbiges attestiert schliesslich der Austrittsbericht des Allgemeinen Krankenhauses Atlas in Belgrad vom 17. September 2016: Nachdem dort das „grosse Vieleckbei extripiert“ wurde (act. 9/384, S. 7), wiesen sowohl der frühe postoperativ Verlauf (act. 9/384, S. 8) wie auch die am 6. Oktober 2016 erfolgte Nachkontrolle eine ordentliche Entwicklung und keine Anzeichen einer Infektion auf (act. 9/384, S. 10, vgl. immerhin Hinweis auf verminderte Schwellung). Der nach diesen Eingriffen jeweils positive Heilverlauf spricht eher dafür, dass die im Anschluss immer wieder auftretenden Komplikationen aus der Handlungssphäre des Beschwerdeführers herrühren. Im Auftrag einer Zweitmeinung konnte ebenso Dr. med. I. _____ von der Orthopädie am Rosenberg keine eindeutige Erklärung dafür finden, wie es zwischen den einzelnen Behandlungen mit anschliessend positivem Heilverlauf immer wieder zu Infektionen kommt, zumal bereits sämtliche diagnostische und therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden seien. Er schliesst dabei aber nicht aus, dass das „faktiöse“, also das aufrührerische Verhalten des Beschwerdeführers eine Ursache bilden könnte (act. 9/219, S. 2). Dr. med. O. _____ hält in ihrem Teilgutachten zum Thema der Kausalität fest, es sei ungeklärt, wie es aus einer banalen Fingerverletzung eine sukzessiven Amputation der Finger III und II resultiere. Vorübergehend habe die Frage eines CRPS im Raum gestanden und auch die beklagten Schmerzen seien mehr oder weniger gut nachvollziehbar gewesen. Die Sägeverletzung könne jedoch weder die Dynamik noch die sukzessiven Amputationen noch das Ausmass und die Vielfalt der beklagten Schmerzen erklären (act. 9/359, S. 46). In seinem orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten weist Dr. K. _____ darauf hin, dass die Fotos vom 31. Mai 2015 auf ein sogenannten „Klopperödem“ oder die Einwirkung von hautschädlichen Substanzen an der linken Hand nicht ausschliessen (act. 9/361, S. 37). Zudem wurde während den Abklärungen bei der MEDAS Zentralschweiz im Februar 2016 bemerkt, dass die verschriebenen Medikamente – unter anderem auch das verordnete Schmerzmittel – im Blutserum des Beschwerdeführers nicht nachgewiesen werden konnten (act. 9/359, S. 33; 9/361, S. 36). Diese Er-

kenntnis steht im Widerspruch zum Leidensdruck, den der Versicherte angab (act. 9/359, S. 21 f.). Im Ergebnis konnte eine Selbstschädigung von den drei Gutachtern zwar nicht abschliessend nachgewiesen werden, sie sei aber – gestützt auf den Aktenverlauf und die eigenen Beobachtungen – überwiegend wahrscheinlich (act. 9/363, S. 5, Ziff. 7). In dieses Gesamtbild passt, dass bereits seit dem Austrittsbericht des KSSG vom 31. März 2014 mehrere der voneinander unabhängigen untersuchenden Ärzte immer wieder den Verdacht einer Automutilation äusserten (act. 9/217, S. 2; 9/256, S. 3; 9/358, S. 7). All diese Indizien weisen somit insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine zumindest eventualvorsätzlich herbeigeführte Selbstschädigung des Beschwerdeführers hin.

2.11. Der Beschwerdeführer bringt vor, dass in casu per Definition nicht von einer „Selbstverstümmelung“ ausgegangen werden könne, da er sich die Finger nicht selber abgeschnitten habe, sondern die Amputation unmittelbar durch Fachmediziner erfolgt sei (act. 15, S. 2). Bei dieser Argumentation wird verkannt, dass das Verhalten des Versicherten zur Bejahung einer Selbstschädigung nicht die einzige massgebliche Ursache für den Eintritt des versicherten Risikos darstellen muss. Es reicht aus, wenn der Versicherte durch sein Verhalten eine Teilursache dafür gesetzt hat (BGE 97 V 226 E. 1c). Das schädigende Ereignis muss nicht einmal vom Versicherten selbst verursacht worden sein. Es reicht bereits aus, wenn sein Verhalten zumindest ursächlich für eine Verschlimmerung der Schädigung ist (vgl. etwa BGE 109 V 150 E. 3b zur Adäquanz bei Nichttragen von Sicherheitsgurten). Indem der Versicherte wissentlich und willentlich die Alfamedic-Klinik in Belgrad beauftragt hat, die beschriebenen Amputationen vorzunehmen, hat er die wesentlichste Voraussetzung für die zusätzliche Entfernung seines Zeigfingers und Daumens geschaffen, nämlich die Einwilligung in die Beeinträchtigung seiner körperlichen Integrität. Nach dem Gesagten reicht diese Einwilligung bereits aus, um von einer Automutilation ausgehen zu können.

2.12. Der Zeitpunkt, ab welchem die geltend gemachten Schmerzen mit hinlänglicher Gewissheit nicht mehr als Folge des Unfalls, sondern in Fortsetzung einer Selbstschädigung gesehen werden müssen, lässt sich wegen des sehr komplexen Verlaufs mit immer wiederkehrenden Infekten nicht leicht bestimmen. Med. pract. J. _____, Fachärztin für Chirurgie legt in ihrem kreisärztlichen Bericht vom 16. Juni 2017 diesbezüglich nachvollziehbar dar, weshalb erst ab Mitte März 2014 deutlich genug von einer Automutilation auszugehen ist. Insbesondere habe sich nach dem am 21. Februar 2014 durchgeführten Débridement mit Bakteriologie-Entnahme bei Verdacht auf eine Infektion keine Infektionssituation ergeben und es seien auch keine intraoperativen Entzündungszeichen mehr erkennbar gewesen (act. 9/425, S. 11). Folgerichtig konnten nach diesem Débridement und einer Wundheilung von ein bis zwei Wochen die anschliessend vom Beschwerdeführer

geltend gemachten Schmerzen mit hinreichender Klarheit nicht mehr als Ergebnis des Unfalls vom 18. September 2012 angesehen werden. Insofern ist kein Widerspruch darin zu erkennen, wonach die Beschwerdegegnerin trotz den bereits zuvor angegebenen Schmerzleiden erst ab besagtem Zeitpunkt die Leistungen einstellte.

2.13. Der Beschwerdeführer vertritt die Ansicht, eine Automutilation könne nicht vorliegen, weil aus psychologischer Sicht die Verdachtsdiagnose auf eine artifizielle Störung nicht hinreichend erstellt sei (act. 1, S. 8). Dr. O. _____ führt hierzu klarstellend aus, dass neben der artifiziellen Störung, bei der er sich um ein krankhaftes, nur partiell bewusstes Verhalten handelt, für eine Automutilation auch ein bewusstes, zweckgerichtetes Verhalten ursächlich sein kann (act. 9/407, S. 1, mit Hinweis auf das psychiatrische Teilgutachten). Nebstdem setzt auch Art. 37 UVG nicht voraus, dass eine Selbstschädigung zwangsweise auf eine psychische Störung rückführbar sein muss. Im Gegenteil wäre eine geistige Beeinträchtigung eher als Indiz zu werten, dass der Beschwerdeführer im Moment der Selbstschädigung allenfalls urteilsunfähig war. Dr. O. _____ ist diesbezüglich aber darin zuzustimmen, wonach es weder im Dossieverlauf noch zum Zeitpunkt der Begutachtung Hinweise auf eine Einschränkung der Urteilsfähigkeit gäbe (act. 9/407, S. 2). Dem Beschwerdeführer kann in diesem Punkt somit nicht gefolgt werden.

2.14. Da mit den obigen Ausführungen die Automutilation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist und die behaupteten Leiden seit März 2014 einzig als Folge dieser Selbstschädigung zu betrachten sind, erübrigt sich ferner der Nachweis, dass tatsächlich ein Schmerzsyndrom im vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ausmass vorliegt. Mit anderen Worten ersetzt die anzunehmende Automutilation ab Ende März 2014 ohnehin den Motorsägeunfall als Kausalursache für die nach wie vor geltend gemachten Schmerzen.

2.15. Der Vollständigkeit halber sei dennoch darauf hinzuweisen, dass besonders das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten in mehrfacher Hinsicht Zweifel daran aufkommen liess, ob die geltend gemachten Beschwerden in Form eines CRPS *überhaupt* in dem Ausmass vorliegen, wie sie der Beschwerdeführer vorträgt. So werden etwa im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten unter Ziffer 7.2 eine Reihe von Symptomausweitungen und Diskrepanzen aufgeführt, welche Verdeutlichungstendenzen nahe legen würden (act. 9/361, S. 36). Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht sei der Leidensverlauf insgesamt „geprägt durch eine schlecht erklärbare Eskalation, beginnend mit einer relativ einfachen Verletzung und mit einer Mehrfach-Verstümmelung der linken Hand endend“ (act. 9/361, S. 36). Im neurologischen Teilgutachten werden als Anzeichen für

ein CRPS einzig die evozierbaren Schmerzen, die Überempfindlichkeit bei Berührung und die Bewegungseinschränkung genannt. Weitere stützende Befunde (namentlich die Veränderung der Hautfarbe oder radiologische Veränderungen mit fleckenförmiger Entkalkung) sind explizit nicht sichtbar (act. 9/358, S. 7). Folgerichtig wird abschliessend die neurologische Diagnose eines unklaren, nicht objektivierbaren Schmerzsyndroms gestellt (act. 9/363, S. 5), wobei sich aus neurologischer Sicht keine objektivierbaren Gesundheitsschäden finden lassen würden, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 18. Februar 2012 zu sehen seien (act. 9/363, S. 7).

- 2.16. Der Beschwerdeführer beantragt zudem, es sei eine Gerichtsexpertise (act. 1, S. 8, 10) bzw. in Rückweisung an die Vorinstanz eine zusätzliche polydisziplinäre Abklärung (act. 1, S. 2) einzuholen, um die eigentliche Schlussdiagnose CRPS zu bestätigen.
- 2.17. Werden von der SUVA anstaltsfremde Expertisen über den fraglichen Leistungsanspruch durch anerkannte Spezialärzte auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangen diese Ärzte bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, so darf auch der Richter in seiner Beweiswürdigung solchen Gutachten volle Beweiskraft zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 209, E. c.). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ereignis nicht mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV oder gegen Art. 6 EMRK (BGE 122 V 162 E. 1d, 3; 124 V 94 E. 4b).
- 2.18. Wie bereits dargelegt, steht in casu nicht in erster Linie die Frage nach dem Vorliegen eines CRPS im Zentrum, sondern die Abklärung, ob ein solches Syndrom, selbst wenn es mit hinreichender Gewissheit vorliegen sollte, ab Ende März 2014 noch in Zusammenhang mit dem Unfallereignis gebracht werden kann. Aufgrund der detaillierten, schlüssigen als auch umfassenden Abklärungen der MEDAS-Gutachter sowie den weiteren, vorstehend aufgeführten Indizien, die insgesamt mit dem nötigen Beweismass auf eine Automutilation hinweisen, ist bereits erstellt, dass diese Selbstschädigung ab Ende März 2014 als ursächlich für das Schmerzleiden des Beschwerdeführers angesehen werden muss. Inwiefern konkrete Anhaltspunkte bestehen, die Zweifel an der mittels Gutachten ausgewiesenen Selbstverletzung aufkommen lassen, vermochte der Beschwerdeführer nicht darzulegen; in der Beschwerdeschrift wird zu diesem Punkt jeweils lediglich auf

weitere Arztberichte verwiesen, welche die Selbstverstümmelung widerlegen würden (vgl. etwa act. 1, S. 8). Die MEDAS-Gutachter haben sich jedoch bereits hinlänglich mit den Drittmeinungen von Ärzten, die vom Beschwerdeführer selbst beauftragt wurden (v.a. von Dr. C. _____ [act. 9/359, S. 30; 9/361, S. 16; 9/407, S. 2] und Dr. med. L. _____ [act. 9/407, S. 2]), auseinandersetzt. Folglich ist kein Gerichtsgutachten oder eine weitere polydisziplinäre Expertise erforderlich.

Berechnung des Invaliditätsgrads

- 2.19. Die Berechnung des Invaliditätsgrades führt die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid im Detail und in nachvollziehbarer Weise auf (act. 2.1, S. 20 ff.). Dagegen bringt der Beschwerdeführer in pauschaler Weise vor, durch die Schmerzen in der linken Hand und der linken Körperseite sei er zu mehr als 8% betroffen, als es die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort darstelle. Das Gleiche gelte für die Integritätsschädigung, weil diese unstreitig nur für einen Unfallteil zugesprochen worden sei (act. 15, S. 9). Da diese Argumentation an die Prämisse anknüpft, das angeblich immer noch persistierende CRPS sei auch im Anschluss an den Zeitpunkt Ende März 2014 weiterhin auf das Unfallereignis vom 18. September 2012 zurückzuführen, kann dieser Einwand mit den bereits hierzu gemachten Ausführungen abgewiesen werden. Im Übrigen ist auf den in allen Teilen richtigen Einspracheentscheid der SUVA vom 27. April 2018 zu verweisen.

Rückforderung

Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 ATSG). Das Kriterium der Unrechtmässigkeit der durch die SUVA seit dem 1. April 2014 ausgerichteten Leistungen ist nach den vorstehend gemachten Erwägungen hinlänglich ausgewiesen. Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat (relative Frist), spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistungen (absolute Frist; Art. 25 Abs. 2 ATSG). Der Zeitpunkt, ab welchem von einer Selbstschädigung ausgegangen werden musste, wurde erstmals in der kreisärztlichen Beurteilung vom 16. Juni 2017 hinreichend konkret festgehalten (act. 9/425, S. 11). Die Rückforderungsverfügung erging daraufhin am 21. Juli 2017 (act. 9/433, S. 1), womit die – ohnehin unbestritten gebliebene – relative Frist gewahrt wurde. Insoweit wurde die durch die SUVA gegenüber dem Beschwerdeführer geltend gemachte Rückforderung in Höhe von CHF 105'955.80 rechtmässig verfügt. Über ein Erlassgesuch, in dessen Anschluss erst die Überprüfung der grossen Härte sowie des guten Glaubens im Rahmen eines se-

paraten Verfahrens zu erfolgen hat (vgl. Art. 4 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 5 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]), wird innert 30 Tagen nach Eintritt der Rechtskraft der Rückforderungsverfügung entschieden (Art. 4 Abs. 4 ATSV sowie act. 9/433, S. 4). Über diese beiden Erlassbedingungen muss an dieser Stelle somit noch kein Urteil gefällt werden.

Fazit

- 2.20. Zusammenfassend mangelt es deshalb an einer nachvollziehbaren Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den angeblichen Leiden. Letztere sind – wenn überhaupt – auf die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesene Automutilation zurückzuführen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. April 2018 ist bezogen auf die in diesem Urteil behandelten Streitfragen nicht zu beanstanden. Die Beschwerde vom 25. Mai 2018 wird somit abgewiesen.

3. Kostenfolgen

- 3.1. Es werden keine Gerichtskosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).
- 3.2. Es ist keine Parteientschädigung auszurichten, da der Beschwerdeführer unterliegt (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. Art. 1 UVG e contrario) und da die obsiegende Vorinstanz im vorliegenden Verfahren hoheitlich tätig wurde (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 61 N 200).

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A_____ wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Den Parteien steht nach Zustellung des begründeten Urteils die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Schweizerische Bundesgericht offen (Art. 82-89 Bundesgerichtsgesetz, SR 173.110). Das begründete Urteil wird zu gegebener Zeit von Amtes wegen zugestellt.
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der a.o. Gerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

MLaw Michael Ledermann

versandt am:14. November 2019