

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 25. Oktober 2016

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter Dr. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner
Verfahren Nr.	O3V 16 8
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A _____
Vorinstanz	SUVA Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Postfach 4358, 6002 Luzern
Gegenstand	UVG-Leistungen

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

Für den Unfall vom 26. März 2013 seien weitere Leistungen aus UVG zu erbringen.

b) der Vorinstanz:

Abweisung der Beschwerde.

Sachverhalt

A. A.1

Gemäss Bagatellunfall-Meldung UVG der B___ AG vom 28. März 2013 (Suva-act. 1) sei dem am XX.XX.1950 geborenen und seit Anfang September 1985 bei ihr als Konstruktionsschlosser tätigen A___ am 26. März 2013 um 9.45 Uhr die Winkelschleifmaschine beim Schleifen von Blechen plötzlich aus der Halterung geraten, wobei er eine Schnittwunde an der linken Mittelhand erlitten habe.

A.2

Bereits am 26. März 2013 (Suva-act. 16) hatte das Spital Heiden über die Wundrevision, das Débridement und die Naht der Strecksehnen nach der Trennscheibenverletzung am Handrücken links über dem 2. Strahl mit Durchtrennung der Strecksehnen zum Zeigefinger berichtet. Mit Zeugnis vom 26. April 2013 (Suva-act. 12) attestierte Hausarzt C___ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. März bis 25. April 2013 (s. auch die weiteren Zeugnisse vom 6. Juni 2013 [Suva-act. 23] und vom 17. September 2013 [Suva-act. 34]), woraufhin die B___ AG am 1. Mai 2013 (Suva-act. 5) eine Schadenmeldung erstattete.

A.3

Mit Bericht vom 3. Juni 2013 (Suva-act. 22) empfahl das Spital Heiden die Fortführung der Ergotherapie. Bei Persistenz der Beschwerden sei eine elektroneurographische Abklärung hinsichtlich eines Carpaltunnelsyndroms (CTS) vorzunehmen, da ein solches manchmal auch postoperativ auftreten könne.

A.4

Aus dem Bericht der Orthopädie am Rosenberg vom 17. September 2013 (Suva-act. 42) geht hervor, dass beim Versicherten eine stenosierende Tenosynovitis am Strahl III rechts und eine Hyposensibilität am Handrücken bei den Dig. II/III links nach Trennscheibenverlet-

zung am Handrücken mit Sehnennaht vorliege. Die Therapie erfolge mittels Infiltration am A1-Ringband des Strahls III rechts.

A.5

Am 18. September 2013 (Suva-act. 35) meldete die B___ AG, dass der Versicherte am 13. September 2013 einen Rückfall erlitten habe. Gemäss Zeugnis von Hausarzt C___ vom 19. November 2013 (Suva-act. 46) bestehe eine unfallbedingte Tenosynovitis II - IV rechts.

A.6

Am 19. Dezember 2013 (Suva-act. 59) berichtete die Klinik Stephanshorn über eine MRI-Untersuchung der linken Hand vom 10. und 18. Dezember 2013. Es bestehe eine Polyarthritits in unspezifischer Verteilung.

A.7

Am 7. Februar 2014 (Suva-act. 64) meldete der Arbeitgeber einen weiteren Rückfall seit dem 3. Februar 2014 (s. auch die Aktennotiz der Suva vom 4. Februar 2014 [Suva-act. 63] über den Anruf des Versicherten).

A.8

Am 20. Februar 2014 (Suva-act. 65) berichtete das Spital Heiden, dass aktuell eine Entzündung der Beugesehnenscheide am Dig. III links vorliege. Unter symptomatischer Therapie seien die Knötchen an der Handinnenseite links regredient. Bis auf den MRI-Befund, der in keiner Weise mit den Symptomen korreliere, bestünden keine Hinweise auf eine rheumatische Erkrankung. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. März 2013 und der nachfolgenden Operation erscheine nur als möglich.

A.9

Mit Aktennotiz vom 5. März 2014 (Suva-act. 69) verneinte Kreisärztin D___ einen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen den Problemen an der Beugesehne des Dig. III links und dem Unfall, der Probleme an der Strecksehne des Dig. II links bewirkt habe. Nach einer weiteren Aktennotiz der Suva vom 10. April 2014 (Suva-act. 71) mit gleichlautenden Schlussfolgerungen verneinte diese mit Schreiben vom 25. April 2014 (Suva-act. 72) gegenüber dem Versicherten eine Leistungspflicht für die Beschwerden am linken Mittelfinger. Auf einen Anruf des Versicherten gemäss Aktennotiz der Suva vom 28. April 2014 (Suva-act. 73) hin, dass er damit nicht einverstanden sei mangels früherer Beschwerden an der linken Hand, erging seitens der Suva am 1. Mai 2014 (Suva-act. 74) auch noch eine entsprechende Verfügung.

B. B.1

Dagegen machte der Versicherte mit Einsprache vom 9. Mai 2014 (Suva-act. 75) geltend, die Beschwerden seien erst nach der Operation der Strecksehnen vom 26. März 2013 aufgetreten. Bei Trennscheibenverletzungen seien tiefenwirksame Verletzungen bis auf die Gegenseite durch Überhitzung des Gewebes bekannt.

B.2

Mit Bericht vom 4. Juni 2014 (Suva-act. 93) meinte die Klinik für Rheumatologie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) gegenüber Hausarzt C____, es liege ein Morbus Dupuytren an der dritten und vierten Strahlhand links palmar vor, bei normaler Kraftentwicklung und Sensibilität sowie ohne wesentliche Missempfindungen oder Nervenkompressionszeichen. Ein entzündliches Geschehen habe laborchemisch und sonographisch ausgeschlossen werden können. Bei bislang noch sehr gut erhaltener Beweglichkeit sei ein konservatives Vorgehen angezeigt, und erst bei Progredienz der Dupuytren-Beschwerden sei eine Operation ins Auge zu fassen.

B.3

Mit Schreiben vom 28. August 2014 (Suva-act. 81) teilte der Versicherte mit, dass vor dem Unfall keine Knoten bestanden hätten, weshalb diese eine Unfallfolge seien. Die Diagnose eines Dupuytren könne er nicht akzeptieren, da dieser in der Familie noch nie aufgetreten sei. Ausserdem müsste diese Krankheit bei ihm als Rechtshänder auf der rechten und nicht auf der linken Seite aufgetreten sein.

Ausserdem liess der Versicherte der Suva durch seine damalige Rechtsschutzversicherung eine Literaturstudie seines Hausarztes mit Beiträgen in englischer Sprache aus den Jahren 1978, 1982 und 1990 zusenden (Suva-act. 86). Mit Schreiben vom 22. September 2014 (Suva-act. 90) meinte er gegenüber letzterer, dass bei jeder grösseren Belastung Schmerzen an der beim Unfall verletzten Stelle aufträten. Obwohl die Ultraschalltherapie beim Hausarzt bisher wirkungslos geblieben sei, habe er bisher von einer weiteren Operation abgesehen.

B.4

Kreisärztin D____ meinte mit Stellungnahme vom 5. August 2015 (Suva-act. 94), die Orthopädie am Rosenberg habe eine stenosierende Tenosynovitis und eine Hyposensibilität am Handrücken diagnostiziert. Kreisarzt Dr. E____ habe die Rückfallkausalität trotz eher spärlicher Angaben als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet, eventuell aber bezüglich der Sensibilitätsstörung. Das Spital Heiden bezeichne einen Zusammenhang mit dem Unfall demgegenüber nur als möglich. Der Dupuytren sei erstmals vom KSSG im Juni 2014 diag-

nostiziert worden, während in allen früheren Berichten von einer Tenosynovitis die Rede gewesen sei. Aufgrund der klinischen Angaben habe jedoch bereits damals an einen Dupuytren gedacht werden müssen.

Betreffend Hitzeverletzung bestünden keine Hinweise auf eine Verletzung sehr tiefliegender Strukturen wie des Knochens, der hohlhandwärts einen enormen Puffer bilde. Dass nach Angaben des Versicherten in der Einsprache eine Arbeitsunfähigkeit nicht wegen der Knoten in der Hohlhand, sondern wegen der Schmerzen im Bereich der Verletzung attestiert worden sei, sei heute nicht mehr nachvollziehbar. Für diese Sichtweise sprächen die MRI-Befunde, die langjährige körperliche Belastung als Schweisser, der gehäuft mit dem ebenfalls diagnostizierten Diabetes mellitus auftretende Dupuytren, die gesamte Anamnese und der zeitliche Verlauf.

B.5

Mit Entscheid vom 12. August 2015 (Suva-act. 102) wies die Suva die Einsprache ab, unter Bezugnahme auf die erwähnten medizinischen Unterlagen, sodass mangels natürlichen Kausalzusammenhangs die Prüfung der Adäquanz entbehrlich sei.

C. C.1

Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 9. September 2015 (Suva-act. 99) Beschwerde an das Kantonsgericht Luzern, wobei er geltend machte, dass nach der Wiederaufnahme der Tätigkeit und während mehreren Tagen im Januar 2014 mit dem Lufthammer ausgeführten Arbeiten im folgenden Monat grosse Schmerzen an der unfallgeschädigten linken Hand aufgetreten seien. Mit Schreiben vom 28. September 2015 (Suva-act. 98) ergänzte der Versicherte gegenüber dem erwähnten Gericht, dass ihm vom 3. Februar bis 9. März 2014 nicht wegen der Knoten oder des Dupuytren, sondern unfallbedingt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, worauf die Suva nicht eingegangen sei.

C.2

Mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2015 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. In der Folge überwies das Kantonsgericht Luzern die Beschwerde mit Schreiben vom 2. Februar 2016 zuständigkeitshalber an das Obergericht Appenzell Ausserrhoden und beharrten die Parteien mit Replik vom 28. April 2016 sowie mit Duplik vom 10. Mai 2016 auf ihrem jeweiligen Standpunkt.

Erwägungen

1. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.

2. 2.1

Nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Wirkung eines äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) hat ein Versicherter Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, ab dem dritten Tag nach dem Unfall zufolge voller oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit auf Taggelder (Art. 16 UVG) und - sofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen sind - bei mindestens 10%iger Invalidität auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Art. 18 und 19 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie überdies Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 UVG), wobei sich die Höhe der Integritätsentschädigung grundsätzlich nach der Schwere der Beeinträchtigung richtet.

2.2

Die Leistungspflicht einer Unfallversicherung gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und den gesundheitlichen Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen in diesem Sinn sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die Beschwerden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden können. Dementsprechend 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 Unversehrtheit der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 Erw. 3.1, 142 V 435 Erw. 1).

2.3

Nach Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rechtsprechungsgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern von vermeintlich geheilten Beschwerden, sodass 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 auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten 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; Urteile des Bundesgerichts 8C_260/2012 vom 27. Juni 2012 Erw. 2, 8C_411/2015 vom 17. September 2015 Erw. 3).

2.4

Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den erneuten Beschwerden und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen 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. Bei Beweislosigkeit hat der Entscheid zu Lasten der versicherten Person auszufallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 Erw. 2.2.2).

3. 3.1

Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs spielen medizinische Unterlagen, welche von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind, eine wichtige Rolle (Urteile des Bundesgerichts 9C_285/2009 vom 16. März 2010 Erw. 2.2, 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 Erw. 4.2.1 und 4.2.2, 9C_922/2013 vom 19. Mai 2014 Erw. 3.2.1, 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 Erw. 3.2). Unabhängig von der Herkunft sind alle Beweismittel objektiv zu prüfen und ist danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten das Verfahren nicht erledigt werden, ohne dass das gesamte Beweismaterial gewürdigt wird und die Gründe angegeben werden, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist dabei entscheidend, ob dieser für die strittigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die ge-

klagen Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der Situation des Versicherten einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 122 V 157 Erw. 1c, 132 V 93 Erw. 4, 137 V 210 Erw. 6.1.2; Urteile des Bundesgerichts 9C_285/2009 vom 16. März 2010 Erw. 2.2, 8C_337/2015 vom 16. November 2015 Erw. 2.3).

3.2

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 134 V 231 Erw. 5.1, 137 V 210 Erw. 6.1.2). Den im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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. In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3, 135 V 465 Erw. 4.5; Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2013 vom 23. Dezember 2013 Erw. 5.4, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 Erw. 2.2.2), was auch mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zusammenhängen mag (Urteile des Bundesgerichts 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 Erw. 3, 8C_107/2013 vom 23. April 2013 Erw. 3).

3.3

Im Rahmen der Abklärung eines allfälligen Anspruchs auf Versicherungsleistungen darf auch der Sachverstand versicherungsinterner Ärzte einbezogen werden. Bei diesen Stellungnahmen handelt es sich nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG, weshalb ihnen praxisgemäss auch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger eingeholten Gutachten zukommt. Wird allein gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen entschieden, sind daher an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen medizinischen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_685/2012 vom 18. Dezember 2012 Erw. 4.2.2).

4. 4.1

Die Suva hat den ersten der beiden vom Arbeitgeber gemeldeten Rückfälle - eine Verhärtung in der linken Mittelhand - vom 18. September 2013 mit Schreiben vom 21. November 2013 (Suva-act. 50) anerkannt, nachdem Kreisarzt Dr. E___ ohne Begründung einen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 26. März 2013 mit Aktennotiz vom 19. November 2013 als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet und die Orthopädie am Rosenberg mit Bericht vom 17. September 2013 keine Stellung zur Kausalität genommen hatte.

4.2

Beim zweiten, am 7. Februar 2014 gemeldeten Rückfall - wiederum war die linke Mittelhand betroffen - verneinte die Suva dagegen gestützt auf kurze und kaum begründete kreisärztliche Stellungnahmen vom 5. März und vom 10. April 2014 einen Kausalzusammenhang zum Unfall. Dies ändert die Beweislast insofern, als dass der Versicherte einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu beweisen hat und nicht - sofern eine Leistungspflicht einmal anerkannt wurde - die Unfallversicherung deren Wegfall, zumal die Unfallversicherung bei einem Rückfall nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall und bei früheren Rückfällen behaftet werden kann (RKUV 1994 S. 328 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts U 583/06 vom 7. Februar 2008 Erw. 2). Kreisärztin D___ wies in ihrer im Rahmen des Einspracheverfahrens am 5. August 2015 abgegebenen ausführlichen Stellungnahme zwar zu Recht darauf hin, dass das vom Versicherten vorgebrachte post hoc ergo propter hoc-Argument nicht statthaft ist (BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb; Urteile des Bundesgerichts 8C_178/2010 vom 22. Juni 2010 Erw. 4.1, 8C_13/2016 vom 13. Mai 2016 Erw. 4.2). Hinsichtlich der Kausalität der Dupuytren-Beschwerden bezieht sie sich jedoch hauptsächlich auf die zuvor vom Spital Heiden am 20. Februar 2014 abgegebene Einschätzung, wonach ein Zusammenhang der Sehnenscheidenentzündung - eine andere Bezeichnung für den Morbus Dupuytren - mit dem Unfall vom 26. März 2013 (nur) möglich sei. Diese Einschätzung wurde allerdings nicht näher begründet, indem nur darauf hingewiesen wurde, dass es für eine rheumatologische Erkrankung bis auf den MRI-Befund keine Hinweise gebe, letzterer aber mit den Symptomen des Versicherten in keiner Weise korreliere. Das Kantonsspital St. Gallen, das den Morbus Dupuytren im Bericht vom 4. Juni 2014 erstmals explizit erwähnte, gab seinerseits keine Einschätzung zu dessen Kausalität ab.

4.3

In einem medizinischen Standardwerk ist nachzulesen, dass die Ursache des Morbus Dupuytren unklar sei und dass wahrscheinlich eine Kombination von erblicher Disposition und äusseren Faktoren in Form von Mikrotraumen, zum Teil auch im Zusammenhang mit rheumatologischen, Autoimmun- und fibroblastischen Erkrankungen dafür verantwortlich zu machen sei (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, S. 461).

In der aktuellen Literatur wird aber auch eine rein krankheitsbedingte Genese des Morbus Dupuytren vertreten. So ist bei Onmeda.de (Zugriff auf den Internet-Artikel vom 29. Dezember 2015 zu diesem Stichwort am 16. Juni 2016) folgendes nachzulesen: "Bei Morbus Dupuytren sind die genaueren Ursachen erst seit Kurzem näher geklärt. Bisher wusste man vor allem, wie es zu der zunehmenden Streckunfähigkeit der Finger kommt: Das Bindegewebe der Handfläche beginnt, sich umzustrukturieren und Kollagen zu bilden. Die Folge: Das Bindegewebe verhärtet zu Strängen und Knötchen, was nach einer Weile die Beweglichkeit der Finger behindert und schließlich zur Dupuytren-Kontraktur führt. Was genau jedoch zur Umstrukturierung des Bindegewebes in der Hand führt, war bislang nicht bekannt. Zudem wusste man, dass Morbus Dupuytren familiär gehäuft auftreten kann, was auf eine erbliche Veranlagung hindeutete. Eine Studie aus dem Jahr 2011 beleuchtete schließlich mehr Details der genetischen Ursachen, die an der Entstehung von Morbus Dupuytren beteiligt sind. Den Ergebnissen der Studie zufolge führen Veränderungen in bestimmten Genregionen zur Ausprägung der Dupuytren-Kontraktur. Diese Genregionen sind vor allem am sogenannten Wnt-Signalweg von Zellen beteiligt. Forscher vermuten, dass durch die veränderten Gene der Signalweg in den Zellen gestört ist und so zu den bindegewebigen Veränderungen an den Beugesehnen der Hand führt. Als Folge dieses gestörten Signalweges wandeln sich offenbar bei Dupuytren-Patienten bestimmte Bindegewebe-Zellen, die sogenannten Fibroblasten, in einen anderen Zelltyp um und werden zu Myofibroblasten. Myofibroblasten sind normalerweise vor allem für die Wundheilung wichtig. Typisch für sie ist, dass sie die Bildung weiterer Myofibroblasten sowie die Bildung von Kollagen stimulieren. Das gebildete Kollagen lagert sich auf Dauer um die Beugesehnen der Finger herum, wodurch die Finger immer unbeweglicher werden und zunehmend verkrümmen. Morbus Dupuytren tritt außerdem häufig in Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen auf, wie etwa Diabetes mellitus."

Auf De.Wikipedia.Org (Zugriff auf den Internet-Artikel ebenfalls unter dem Stichwort "Morbus Dupuytren" am 16. Juni 2016) heisst es: "Der Morbus Dupuytren tritt meist im mittleren Lebensalter auf, 85 % der betroffenen Patienten sind Männer, bei denen die Erkrankung typischerweise früher als bei Frauen auftritt. Die Dupuytren-Kontraktur gibt es überwiegend in Mittel- und Nordeuropa sowie in Nordamerika, dagegen seltener in Afrika und Asien. In neuerer Zeit sind auch einige Fälle aus Japan und China berichtet worden. Die Prävalenz ist sehr variabel und beträgt in den westlichen Industrieländern 2 bis 42%. Die Erkrankung ist mit zunehmendem Alter häufiger. Sie ist mit alkoholtoxischer Leberschädigung und Tabakrauchen sowie Diabetes mellitus assoziiert. Daneben besteht eine starke familiäre Häufung. Typischerweise sind Klein- und Ringfinger betroffen, Kontrakturen finden sich fast ausschließlich an den Fingergrund- und -mittelgelenken. In der Hälfte der Fälle findet sich der M. Dupuytren an beiden Händen, insgesamt ist die rechte Hand leicht häufiger betrof-

fen. Eine genetische Komponente gilt als gesichert; bei jedem dritten Betroffenen ist ein Familienangehöriger ebenfalls von der Krankheit betroffen."

4.4

In Anbetracht dessen, dass demgegenüber Hausarzt C___ - auch er ohne nähere Begründung - der Auffassung ist, dass der Morbus Dupuytren zweifellos auf den Unfall zurückzuführen sei, erscheint es als angezeigt, beim Kantonsspital St. Gallen, vorzugsweise bei einem Handchirurgen, betreffend Kausalität dieser Beschwerden im vorliegenden speziellen Fall nachzufragen. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. August 2015 mitsamt der zugrundeliegenden Verfügung vom 1. Mai 2014 deshalb aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zur Neuentscheidung an die Suva zurückgewiesen.

5. 5.1

Es sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).

5.2

Dem grundsätzlich obsiegenden Beschwerdeführer - eine Rückweisung gilt bezüglich Parteikosten rechtsprechungsgemäss als Obsiegen (Urteile des Bundesgerichts 8C_695/2011 vom 29. Mai 2012 Erw. 3.2, 8C_851/2012 vom 16. April 2013 Erw. 4, 8C_278/2015 vom 27. August 2015 Erw. 4.1) -, jedoch anwaltlich nicht vertretenen Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung auszurichten (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. Art. 1 UVG).

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A___ wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 12. August 2015 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Verfügung an diese zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:** Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden, wenn er einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken könnte oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit und Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz, BGG, SR 173.110, Art. 93 BGG). Andernfalls ist die subsidiäre Verfassungsbeschwerde gegeben (Art. 113 ff. BGG). In beiden Fällen ist die Beschwerde beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 01.03.17