



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 4. November 2020

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, H.P. Blaser, E. Zingg Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer
Verfahren Nr.	O3V 19 30
Beschwerdeführerin	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	Versicherung B.
Beigeladene	Versicherung C.
Gegenstand	Leistungen der Unfallversicherung Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Versicherung B. vom 15. Juli 2019

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Es sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Juli 2019 aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin auch nach dem 1. Oktober 2017 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
Eventuell sei eine gerichtliche Begutachtung durchzuführen oder die Streitsache zur unabhängigen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die der Beschwerdeführerin entstandenen Kosten der fachärztlichen Beurteilung des Spitals G. zurückzuerstatten.
4. Es sei die Beschwerdegegnerin sodann zu verpflichten, der Beschwerdeführerin für die Kosten der Rechtsvertretung eine angemessene ausseramtliche Entschädigung zu entrichten.

b) der Vorinstanz:

Es sei die Beschwerde vom 5. September 2019 abzuweisen.

c) der Beigeladenen:

Die Beschwerde sei insofern gutzuheissen, als die Vorinstanz zu verpflichten sei, auch nach dem 1. Oktober 2017 die gesetzlichen Leistungen nach UVG (insbesondere die Heilkosten) zu erbringen.

Sachverhalt

- A. Die am XX.XX.1956 geborene A. (nachfolgend: Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Versicherung B. (nachfolgend: Vorinstanz) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie gemäss Schadenmeldung UVG (act. 8.1/A1) am 30. März 2017 verunfallte und sich dabei an den Knien, an der Schulter links und an der Hand rechts verletzte.
- B. Die Vorinstanz kam in der Folge für diverse Heilbehandlungskosten im Zusammenhang mit dem Unfall auf. Am 19. September 2017 erkundigte sich eine Mitarbeiterin der Vorinstanz telefonisch bei der Beschwerdeführerin nach dem aktuellen Stand. Diese berichtete, es gehe ihr gut, sowohl die Physiotherapie als auch beim Arzt sei die Behandlung im Moment abgeschlossen, aber sie wisse nicht, ob später eine OP stattfinden werde (act. 8.1/A7). Am 7. März 2018 meldete die Beschwerdeführerin sich erneut telefonisch bei der Vorinstanz und berichtete, sie leide noch immer unter Schmerzen am Handgelenk. Eine Kortison-spritze habe nichts genützt, es werde höchstwahrscheinlich eine OP geben (act. 8.1/A8).
- C. Mit Schreiben vom 25. Mai 2018 teilte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit, sie habe die Unterlagen dem medizinischen Dienst vorgelegt und dieser sei zum Schluss gelangt, dass die Beschwerden nicht mehr mit der gesetzlich festgelegten überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis stünden. Aufgrund dieser Beurteilung bestehe ab dem 1. Oktober 2017 kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung (act. 8.1/A9). Diese Auffassung bestätigte die Vorinstanz mit Verfügung vom 7. August 2018 und hielt erneut fest, der medizinische Dienst könne keinen Zusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis erkennen, weshalb die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 30. September 2017 eingestellt würden (act. 8.1/A14). Gegen diese Verfügung erhob die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 5. September 2018 persönlich (act. 8.1/A18) und am 14. September 2018 ausführlicher begründet durch ihren damaligen Rechtsvertreter Einsprache (act. 8.1/A22) und beantragte die Übernahme der gesetzlichen Leistungen durch den Unfallversicherer auch für die Zeit ab Oktober 2017. In der Folge tätigte die Vorinstanz zunächst weitere Abklärungen und erliess schliesslich am 15. Juli 2019 einen ausführlich begründeten abweisenden Einspracheentscheid (act. 8.1/A34). Darin hielt die Vorinstanz fest, sie habe den Fall, nachdem die Behandlung nach dem 7. August 2017 nicht fortgesetzt worden sei, bereits damals formlos abschliessen dürfen. Für die ab Februar 2018 geltend gemachten Beschwerden liege eine Rückfall- bzw. Spätfolge-

konstellation vor, weshalb es nun an der Beschwerdeführerin liege, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und dem Unfall nachzuweisen. Aus medizinischer Sicht sei eine Kausalität zwischen den durch die Rhizarthrose verursachten Beschwerden und dem Unfall höchstens möglich, was für die Begründung einer Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers nicht genüge. Auf weitere Abklärungen könne in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden.

- D. Gegen diesen leistungsabweisenden Einspracheentscheid richtet sich die am 5. September 2019 von der Beschwerdeführerin erhobene Beschwerde ans Obergericht mit den eingangs erwähnten Anträgen (act. 1). Mit Vernehmlassung vom 15. Oktober 2019 (act. 4) beantragte der zum Verfahren beigeladene Krankenversicherer die Gutheissung dieser Beschwerde, während die Vorinstanz innert erstreckter Frist am 12. Dezember 2019 eine Vernehmlassung mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde einreichte (act. 7). Keine der beteiligten Parteien verlangte die Durchführung einer mündlichen Verhandlung. Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde beim Obergericht im ersten Halbjahr von Beratungen vor Ort weitgehend abgesehen. Als nach vorübergehender Wiederaufnahme des ordentlichen Verhandlungsbetriebs nach dem Sommer infolge der weiteren Entwicklung der Pandemie die zur Beratung des vorliegenden Verfahrens angesetzte Sitzung kurzfristig wieder abgesagt werden musste, fällten die Richter einstimmig das vorliegende Zirkular-Urteil.
- E. Auf weitere Einzelheiten im Sachverhalt und in den vorinstanzlichen Akten sowie die Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften wird, soweit entscheidrelevant, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen

1. Formelles

- 1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Zuständig für die Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die ver-

sicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Da die Beschwerdeführerin in XX AR wohnt, ist die örtliche Zuständigkeit in Appenzell Ausserrhoden gegeben.

1.2 Gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b Justizgesetz (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [[https:// staatskalender.ar.ch/organizations/pdf](https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf)], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

1.3 Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten der Beschwerdeführerin 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] i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

1.4 Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.5 Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

2. Materielles

2.1 Gegenstand der Unfallversicherung sind Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 UVG). Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 30. März 2017, als sie infolge einer Kollision mit einem Lieferwagen mit ihrem Roller stürzte, einen Unfall erlitt. Die Vorinstanz richtete der Beschwerdeführerin als deren Unfallversicherer zunächst auch Versicherungs-

leistungen aus, stellte diese aber mit Verfügung vom 7. August 2018 schliesslich rückwirkend per 30. September 2017 ein, wobei auf die Rückforderung der bisher erbrachten Leistungen verzichtet wurde. Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren, ob die Vorinstanz zu dieser Leistungseinstellung berechtigt war oder nicht. Zur Diskussion steht dabei namentlich der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 30. März 2017 und den ab Oktober 2017 weiterhin bestehenden Beschwerden.

- a. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) voraus. 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (vgl. anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2019 vom 19. September 2019 E. 3 m.w.H.).
- b. Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität, so dass in solchen Fällen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle spielt (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2019 vom 20. Februar 2020 E. 3.1, namentlich mit Hinweis auf BGE 129 V 177).

- 2.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid hielt die Vorinstanz unter Ziff. 4.1.3 fest, sie habe im Einklang mit der geltenden Rechtsprechung gestützt auf die medizinischen Unterlagen, namentlich den Bericht von Dr. D. vom 7. August 2017 (act. 8.2/M5), im konkreten Fall davon ausgehen dürfen, dass bereits am 7. August 2017 ein formloser Fallabschluss möglich gewesen sei. Bereits ab dem 7. August 2017 habe somit kein Leistungsanspruch

aus der obligatorischen Unfallversicherung mehr bestanden. Sollte sich die Situation seit Fallabschluss verändert haben, hätte die Beschwerdeführerin allenfalls von der Möglichkeit der Wiederanmeldung - mit der Folge, dass sie diesfalls aber den Beweis für den Kausalzusammenhang zwischen den erneuten Beschwerden und dem Unfallereignis zu erbringen hätte - Gebrauch machen können.

Zu dieser Argumentation ist vorweg folgendes anzumerken:

- a. Die Vorinstanz hat am 7. August 2018 ausdrücklich eine Leistungseinstellung per 30. September 2017 verfügt. In Ziff. 2 des Dispositivs der Verfügung hat die Vorinstanz zudem festgehalten, dass sie auf eine Rückforderung bisher erbrachter Leistungen verzichte. Mit Einspracheentscheid vom 15. Juli 2019 wurde diese Verfügung bestätigt. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid vom 15. Juli 2019. Unter diesen Umständen ist die Vorinstanz nach Treu und Glauben auf die explizit verfügte Leistungseinstellung *per Ende September 2017* zu behaften, nachdem sie auch im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (lediglich) die Abweisung der Beschwerde beantragte und damit materiell gesehen an der ursprünglich verfügten Leistungseinstellung per Ende September 2017 festhält (und notabene nicht etwa den konkreten Antrag stellte, die Leistungspflicht sei neu auf die Zeit bis zum 7. August 2017 zu beschränken; ebensowenig hat die Vorinstanz von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, mittels Verfügung pendente lite im Sinn von Art. 53 Abs. 3 ATSG auf die ursprüngliche Verfügung vom 7. August 2018 zurückzukommen und allenfalls ein neues Fallabschlussdatum zu verfügen [was allerdings ohnehin nicht möglich gewesen wäre ohne Einverständnis der Beschwerdeführerin; diesfalls wäre die neue Verfügung aber als entsprechender Antrag im vorliegenden Gerichtsverfahren zu berücksichtigen gewesen, vgl. dazu auch BARBARA KOBEL, in: Zünd/Pfiffner Rauber, Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, N 9 zu § 19; Urteil des Bundesgerichts 8C_1036/2012 vom 21. Mai 2013 E. 3.3])).
- b. Da das Anfechtungsobjekt im vorliegenden Beschwerdeverfahren der Einspracheentscheid vom 15. Juli 2019 ist, beschränkt sich der zu beurteilende Streitgegenstand somit inhaltlich auf die Frage, ob die mit Verfügung vom 7. August 2018 vorgenommene Leistungseinstellung per Ende September 2017 zulässig war oder nicht. Nicht zu prüfen ist dagegen, ob ein Fallabschluss allenfalls bereits früher möglich gewesen wäre.
- c. Insoweit die Vorinstanz geltend macht, die wieder aufgetretenen Beschwerden seien höchstens als Rückfall zu prüfen, was in beweisrechtlicher Hinsicht zu Lasten der Beschwerdeführerin gehe, so ist zudem folgendes in Erwägung zu ziehen:

- Tatsächlich gab die Beschwerdeführerin bei der telefonischen Nachfrage der Vorinstanz am 19. September 2017 (act. 8.1/A7) an, die Behandlung sei abgeschlossen und es gehe ihr gut. Sie wisse aber nicht, ob später noch eine Operation stattfinden werde. Auch Dr. D. hatte am 7. August 2017 „*abschliessend*“ über die Beschwerdeführerin berichtet, diese habe „*vorerst*“ gut angesprochen auf die Kortison-Infiltration und könne ihrer Arbeit wieder problemlos nachgehen. Sie werde daher „*vorerst*“ den Fall abschliessen, wies aber bereits darauf hin, dass mittelfristig allenfalls weitere Infiltrationen bzw. längerfristig auch eine Operation in Betracht zu ziehen sei (act. 8.2/M5). Dieser Sachverhaltsablauf zeigt, dass somit sowohl die behandelnde Ärztin als auch die Beschwerdeführerin übereinstimmend darauf hingewiesen hatten, dass zwar vorerst keine Beschwerden mehr bestanden - was angesichts der stattgefundenen Infiltration auch nachvollziehbar erscheint -, es aber vom weiteren Verlauf abhängen würde, ob künftig noch weitere medizinische Massnahmen angezeigt sein würden.
- Zwischen der Sprechstunde vom 7. August 2017 bis zur Wiedervorstellung bei Dr. D. am 2. Februar 2018 verging rund ein halbes Jahr, offenbar ohne dass weitere medizinische Behandlungen erfolgten. Dass die Vorinstanz nicht bereits in dieser Zwischenzeit den Fallabschluss schriftlich verfügte, spielt an sich keine Rolle: Der Fallabschluss hat zwar grundsätzlich in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die weitere Erbringung von erheblichen Leistungen zur Diskussion steht; allerdings kann der Unfallversicherer mit einer formellen Verfügung durchaus auch erst einmal zuwarten und die Entwicklung beobachten, bevor er verfügt (vgl. BGE 132 V 412 E. 4 in fine). Im vorliegenden Fall war der Vorinstanz im Verfügungszeitpunkt schliesslich bereits bekannt, dass weitere Behandlungen notwendig geworden waren; in Kenntnis dessen setzte sie den Fallabschluss rückwirkend per Ende September 2017 fest und begründete dies damit, dass kein Zusammenhang zwischen den nach Ende September 2017 wieder vorhandenen Beschwerden und dem Unfallereignis mehr bestehe.
- Für die Verteilung der Beweislast im vorliegenden Verfahren bedeutet dies folgendes: Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine (oder allenfalls des Status quo ante) der Unfallversicherer. Da die Beurteilung der Zulässigkeit der Leistungseinstellung per Ende September 2017 in Frage steht, bedeutet dies, dass im vorliegenden Verfahren in erster Linie die Vorinstanz beweisbelastet ist, da es zunächst um die Überprüfung des von der Vorinstanz vorgenommenen Fallabschlusses per Ende September 2017 geht. Erst wenn sich erweisen würde, dass dieser Fallabschluss zulässig gewesen war, so würde sich - in einem zweiten Schritt - die Frage nach einem

Rückfall bzw. nach Spätfolgen stellen. Nur in diesem Fall wäre dann die Beschwerdeführerin beweisbelastet für den Kausalzusammenhang zwischen solchen Rückfallbeschwerden und dem Unfallereignis. Sollte sich hingegen ergeben, dass der von der Vorinstanz per Ende September 2017 vorgenommene Fallabschluss gar nicht zulässig war, so stellte sich automatisch die Frage, ob gestützt auf die vorhandenen Unterlagen bereits beurteilt werden könnte, per wann ein Fallabschluss allenfalls zwischenzeitlich zulässig gewesen wäre oder ob auch in der Zwischenzeit noch gar kein Fallabschluss hätte vorgenommen werden können. Bezüglich des Zeitpunkts des Fallabschlusses wäre diesfalls (weiterhin) der Unfallversicherer beweisbelastet. Erst ab dem Zeitpunkt, in dem ein Fallabschluss möglich war, wäre es dann wiederum an der versicherten Person, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit den Kausalzusammenhang von erst danach aufgetretenen Beschwerden zum Unfallereignis darzulegen.

- Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast ohnehin 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 aber erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_623/2019 vom 21. Januar 2020 E. 2.1.2 m.w.H.). Bevor sich also überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Urteile des Bundesgerichts 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 3.1; 8C_777/2015 vom 22. März 2016 E. 2.2 und 8C_476/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 6.3; je m.w.H.).

2.3 Aus den vorliegenden Akten ergibt sich folgender Sachverhalt:

- a. Die Beschwerdeführerin war mit ihrem Motorrad unterwegs, als sie am 30. März 2017 mit einem VW-Lieferwagen, dessen Fahrer sie bei der Einfahrt in einen Kreisel übersehen hatte, kollidierte und in der Folge auf die linke Seite stürzte (act. 2/4). Sie wurde unmittelbar nach dem Unfall im Spital E. erstversorgt. Die Ärzte diagnostizierten eine Kontusion und Exkoration der Knie beidseits, eine Kontusion MCP II rechts und Daumen rechts mit aktivierter Rhizarthrose sowie eine Distorsion der Schulter links (act. 2/5). Während die Knieverletzungen im Anschluss offenbar problemlos wieder verheilten, erfolgten sowohl im Zusammenhang mit der verletzten Hand als auch mit der verletzten Schulter zunächst weitere Arztbesuche.

- b. Dr. F., orthopädischer Chirurg FMH, diagnostizierte bezüglich der Schulter einen beim Unfall erlittenen partiellen Rotatorenmanschetten-Riss und berichtete schliesslich, nach Physiotherapie sei die Beschwerdeführerin diesbezüglich „*fast völlig beschwerdefrei*“ geworden. Gemäss Bericht vom 28. Juni 2017 schloss er die Behandlung nach günstigem Verlauf ab (act. 8.2/M3). Nachdem die Vorinstanz ihre Leistungspflicht noch bis Ende September 2017 anerkannte, kann somit davon ausgegangen werden, dass sie für die Kosten der Schulterbehandlung bis zum Behandlungsabschluss durch Dr. F. Ende Juni 2017 aufgekommen ist. Die Beschwerdeführerin gab in der Beschwerdeschrift ausdrücklich an, sowohl bezüglich Schulter- als auch Kniebeschwerden habe sich inzwischen Beschwerdefreiheit eingestellt (Beschwerde, S. 4, Ziff. 1.2), so dass grund-sätzlich davon auszugehen ist, dass seit dem Behandlungsabschluss per Ende Juni 2017 durch Dr. F. keine Schulterbeschwerden mit möglichem Bezug zum Unfallereignis mehr in Frage stehen (siehe dazu allerdings nachfolgend, E. 2.8b).
- c. Hingegen persistierten die Schmerzen in der verletzten Hand von Beginn weg. In sachver-haltsmässiger Hinsicht sind im Zusammenhang mit den Handbeschwerden insbesondere folgende Unterlagen von Bedeutung: Im radiologischen Befundbericht (act. 8.2/M14) vom Unfalltag war bezüglich der Handverletzung Folgendes angeführt worden: „*Verdacht auf feine corticale Absprengung ulnar am Os hamatum, nur abgrenzbar in der anteropo-sterioren Projektion. Ansonsten keine knöcherne Verletzung. Degenerative Veränderungen am Daumengrundgelenk. Ansonsten altersentsprechend normal.*“ Am 10. April 2017 fand im Spital G. eine Nachkontrolle statt bei Dr. D., FMH Handchirurgie (act. 8.2/M1). Dr. D. stellte eine anhaltende Schwellung im Bereich des Daumensattelgelenks fest und diagnos-tizierte eine nicht dislozierte, extraartikuläre Metacarpale I-Basisfraktur (Winterstein-Fraktur) Daumen rechts sowie Rhizarthrose rechts Stadium Eaton-Litter III. Zu den bereits im Spital E. erstellten Röntgenbildern hielt sie fest: „*Im Bereich der Basis von Metacarpale I lässt sich extraartikulär eine Frakturlinie vermuten. Rhizarthrose bei Subluxationsstellung, Gelenksspaltverschmälerung und grösseren osteophytären Randanbauten Daumensattel-gelenk.*“ Bezüglich der beim Untersuch neu angefertigten Röntgenbilder führte sie aus: „*Auch hier kommt die mögliche Fissur wieder zur Darstellung. Keinerlei Dislokation oder Fehlstellung.*“ Die ebenfalls durchgeführte Computertomographie der Hand rechts führte zu folgendem Befund: „*Nicht dislozierte, extraartikuläre Basisfraktur von Os metacarpale I ohne Dislokation. Kein Hinweis für intraartikuläre Komponente.*“ Die betroffene Hand wurde in der Folge konservativ mittels Gips ruhiggestellt und eine nächste Verlaufskontrolle in 4 1/2 Wochen vorgesehen. Dort berichtete die Beschwerdeführerin, dass sie im Gips immer noch leichte Schmerzen im Bereich des Daumensattelgelenks verspüre. Nach der Gipsentfer-nung zeigte sich eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Daumens. Dr. D. ging gestützt auf den aktuellen Röntgenbefund von einer zunehmenden Konsoli-

dation der Fraktur aus und ordnete zunächst Ergotherapie zum gezielten Kraftaufbau an (act. 8.2/M2). Bei der weiteren Verlaufskontrolle vom 10. Juli 2017 (act. 8.2/M4) stellte sich heraus, dass die regelmässigen Ergotherapiesitzungen zu keiner wesentlichen Besserung geführt hatten. Erst die schliesslich vorgenommene Infiltration des Daumensattelgelenks führte zunächst zu einem Abklingen der Schmerzen. Im Bericht vom 7. August 2017 (act. 8.2/M5) berichtete Dr. D. zum weiteren Verlauf, mittlerweile komme es nur noch bei grösseren Belastungen zu leichten Beschwerden und hielt fest: *„Wir werden vorerst den Fall abschliessen. Sollten im Verlauf wieder vermehrt Beschwerden auftreten, ist selbstverständlich jeder Zeit eine Wiedervorstellung möglich. Die Kortison-Infiltration könnte nach einigen Monaten wiederholt werden. Längerfristig müsste eine Resektions-Interpositions-Suspensionsarthroplastik diskutiert werden.“* Am 2. Februar 2018 (act. 8.2/ M7) wurde die Beschwerdeführerin erneut bei Dr. D. vorstellig und berichtete, die Kortison-Infiltration habe nur rund zwei Monate lang eine Besserung der Beschwerden im rechten Daumensattelgelenk bewirkt. Dr. D. riet unter diesen Umständen von einer weiteren Infiltration ab und hielt fest, konservativ könne sie der Patientin nicht mehr viel bieten; als nächster Schritt wäre eine Trapezektomie mit Suspensions-Interpositions-Arthroplastik in Erwägung zu ziehen, wozu die Patientin aber noch nicht bereit sei. Im Sprechstundenbericht vom 30. April 2018 (act. 8.2/M8) berichtete Dr. D. von zunehmenden Schmerzen im rechten Daumensattelgelenk. Bei ausgeschöpfter konservativer Therapie habe sich die Patientin nun definitiv für die vorgeschlagene Operation entschieden. Am 3. Mai 2018 wurde die Vorinstanz um Kostengutsprache für die geplante Operation ersucht (act. 8.2/M9), was abgelehnt wurde (act. 8.1/A9). Die Operation wurde am 18. Mai 2018 durchgeführt (act. 8.1/M22). Dr. D. ersuchte die Vorinstanz mit Brief vom 12. Juni 2018 (act. 8.1/M11) um Reevaluation des Falles. Die Beschwerdeführerin sei vor dem Ereignis vom 30. März 2017 völlig beschwerdefrei gewesen; es sei erst durch die beim Sturz erfolgte Basisfraktur von Os metacarpale I zu einer richtungsweisenden Verschlechterung gekommen, weshalb sie der Meinung sei, die Kosten für die Operation seien von der Unfallversicherung zu übernehmen. In der fachärztlichen Beurteilung vom 26. August 2019 (act. 2/19) nahm Dr. D. schliesslich zu Handen der Beschwerdeführerin erneut vertieft Stellung zur Frage des Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den Beschwerden an der rechten Hand. Sie bestätigte, dass schon vor dem Unfall eine moderate Rhizarthrose bestanden habe. Beim Unfall habe die Beschwerdeführerin - nebst einer sog. Wintersteinfaktur - eine Distorsionsverletzung des rechten Daumens mit Quetschung bzw. Überdehnung des Daumensattelgelenks und dessen Kapselbandapparates erlitten. Diese Verletzung sei geeignet gewesen, die Rhizarthrose zu aktivieren. Die Mehrzahl der Arthrosen an den Fingergelenken sei asymptomatisch. Durch eine zusätzliche Traumatisierung des Gelenkknorpels und des Kapselbandapparats werde eine bislang stumme Arthrose plötzlich akut schmerzhaft (traumatisierte Arthrose). Dr. D. beantwortete die Frage, ob die Beschwerden /

Operation auch ohne den Unfall vom 30. März 2017 nötig geworden wäre, wie folgt: *„Wahrscheinlich nicht. Ob die Rhizarthrose zu einem späteren Zeitpunkt symptomatisch geworden wäre, bleibt spekulativ. Wenn, dann erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt. Zumal, wie erwähnt, die Rhizarthrose bis zum Unfall keinerlei Beschwerden und Einschränkungen bewirkt hatte.“*

2.4 Die Vorinstanz begründete die per Ende September 2017 vorgenommene Leistungseinstellung namentlich gestützt auf die bei ihren Vertrauensärzten eingeholten Stellungnahmen. Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin sind Verwaltung und das Gericht auf diesbezügliche Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Auch wenn den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen mithin grundsätzlich Beweiswert zuerkannt wird, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zuzubilligen ist. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung 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 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2015 vom 24. März 2016 E. 3.4 m.w.H.). Anspruch auf ein unabhängiges Gutachten besteht damit rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.5).

2.5 Die Vorinstanz legte das Dossier zunächst Dr. H. zur versicherungsinternen medizinischen Beurteilung vor. Dieser nahm in einem Kurzbericht vom 24. Mai 2018 (act. 8.2/M10) Stellung zur Frage, ob die damals von der Beschwerdeführerin geklagten Handbeschwerden noch kausal auf das Unfallereignis vom 30. März 2017 zurückzuführen seien oder nicht. Er verneinte dies mit der Begründung, bei der Beschwerdeführerin würde eine degenerative Erkrankung des Daumengrundgelenks vorliegen. Die Rhizarthrose sei als Vorzustand nicht unfallbedingt und bereits in den Erstakten gut dokumentiert. Die beim Unfall erlittene Fraktur sei in der Zwischenzeit abgeheilt. Die geplante Arthroplastik des Daumengrundgelenks sei Folge der krankheitsbedingten Arthrose. Es sei davon

auszugehen, dass sich der Zustand durch den Unfall vorübergehend verschlechtert habe, der Zustand quo sine sollte aber sechs Monate nach dem Unfall wieder erreicht worden sein.

- a. Die Beschwerdeführerin macht geltend, diese Kausalitätsbeurteilung durch Dr. H. sei zum Vornherein nicht überzeugend, weil Dr. H. als Facharzt FMH für Innere Medizin, spez. Geriatrie, gar nicht kompetent sei, eine rein handchirurgische Gesundheitsstörung zu beurteilen. Ohnehin bleibe aber die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Rechtsprechung auch dann bestehen, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall aber hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadeneintritts eine unerlässliche Bedingung darstellte. Es genüge konkret zur Begründung der Leistungspflicht der Vorinstanz, dass die Operation wegen des Unfalls früher notwendig geworden sei, als dies ansonsten der Fall gewesen wäre.
- b. Dr. H. ging gestützt auf das ihm vorliegende Kostengutsprache gesuch (act. 8.2/M9) davon aus, die geplante Operation sei eine „*Folge der krankheitsbedingten Arthrose*.“ Auf dem Kostengutspracheformular war weder das Feld „*Unfall*“ noch „*Krankheit*“ angekreuzt worden; dass Dr. H. angesichts der angegebenen Diagnose einer Rhizarthrose grundsätzlich auf ein Krankheitsgeschehen schloss, erscheint zunächst nachvollziehbar. Als Dr. H. seine Einschätzung abgab, lag ihm nämlich der Brief von Dr. D. vom 12. Juni 2018 (act. 8.2/7M11) noch nicht vor. Erst in diesem Schreiben teilte die Behandlerin der Vorinstanz ausdrücklich mit, aus ihrer Sicht sei es durch den Unfall zu einer richtungsweisenden Verschlechterung gekommen, weshalb sie - sinngemäss - den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den weiterhin nötigen Behandlungen nach Ende September 2017 klar als gegeben ansehe. Angesichts dieser konkreten Stellungnahme der behandelnden Fachärztin vermag die von Dr. H. abgegebene Kurzeinschätzung so oder so nicht mehr zu genügen, um allein gestützt darauf eine Leistungspflicht der Vorinstanz ab Oktober 2017 definitiv auszuschliessen. Für eine abschliessende Beurteilung bedarf es vielmehr einer konkreten, schlüssigen Stellungnahme dazu, weshalb von der klar geäusserten Meinung der behandelnden Ärztin, die den Kausalzusammenhang der weiterhin Behandlungen erfordernden Beschwerden zum Unfallereignis bejaht, abgewichen wird. Damit kann aber an dieser Stelle auch offengelassen werden, ob und falls ja, inwieweit die Rüge der Beschwerdeführerin zutrifft, wonach Dr. H. als Facharzt für innere Medizin, Spez. Geriatrie, ohnehin zum Vornherein nicht fachkompetent gewesen sein soll, eine verlässliche Beurteilung abzugeben.

2.6 Dass die Stellungnahme von Dr. H. zur abschliessenden Beurteilung der Leistungspflicht noch nicht genügte, erkannte im weiteren Verlauf wohl auch die Vorinstanz und holte

deshalb eine zweite vertrauensärztliche Stellungnahme bei Dr. I., Facharzt Chirurgie, ein. Dr. I., dem nun auch der Bericht von Dr. D. vom 12. Juni 2018 (act. 8.2/M11) sowie auch das im übrigen komplettierte und aktualisierte medizinische Dossier (act. 8.2/M12 ff.) vorgelegt wurde, kam in seinem Bericht vom 1. Juli 2019 (act. 8.2/M25) zum Schluss, bezüglich der Handverletzung sei bereits am 7. August 2017, dem Datum, an welchem Dr. D. die Beschwerdefreiheit festgestellt habe, der status quo sine wieder erreicht gewesen. Die von der Handchirurgin erwähnte Aktivierung der Rhizarthrose könne nicht nachvollzogen werden; im Daumensattelgelenk hätten sich nach dem Unfall keinerlei Verletzungen gezeigt, insbesondere nicht im Bereich des Kapsel-Bandapparats. Für die Annahme einer richtungsgebenden Verschlimmerung der Rhizarthrose durch den Unfall fehlten die dafür nötigen Begleitverletzungen. Es könne allenfalls eine leichte Stauchung des Daumensattelgelenks angenommen werden, diese sei jedoch spätestens im August 2017 abgeheilt gewesen.

Hierzu ist folgendes in Erwägung zu ziehen:

- a. Die Argumentation der Vorinstanz in der Vernehmlassung, wonach sich nicht belegen lassen soll, dass der Unfall zu einer Quetschung geführt und stattdessen lediglich eine vorübergehende Stauchung vorgelegen haben soll (vgl. Vernehmlassung, S. 9, Ziff. 2.2.2), stützt sich offensichtlich auf die Stellungnahme von Dr. I.. Dieser ging ausdrücklich davon aus, im Daumensattelgelenk hätten sich keine Verletzungen gezeigt (act. 8.2/M 25: *„Im Daumensattelgelenk zeigten sich keinerlei Verletzungen, insbesondere nicht im Bereich des Kapsel-Bandapparats“*). Seine Schlussfolgerung, wonach gerade deshalb keine richtungsgebende Verschlimmerung der Rhizarthrose anzunehmen sei (vgl. act. 8.2/M25: *„[...] es handelt sich jedoch nicht mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit um eine richtungsgebende Verschlimmerung der Rhizarthrose. Hierfür fehlen Begleitverletzungen wie oben beschrieben.“*), kann aus folgenden Gründen jedoch nicht ohne weiteres nachvollzogen werden:
- b. Seine Annahme steht nämlich nicht nur im Widerspruch zur ausdrücklichen Angabe der behandelnden Fachärztin, wonach die Beschwerdeführerin beim Unfall sehr wohl Verletzungen im Daumensattelgelenk, nämlich konkret eine Überdehnung des Daumensattelgelenks und dessen Kapselbandapparats, erlitten habe, sondern es fällt auch auf, dass bereits die Ärzte im Spital E. bei der Erstversorgung der Beschwerdeführerin nach dem Unfall nicht nur eine Stauchung, sondern ausdrücklich eine Quetschung der Hand diagnostiziert hatten (*„Kontusion MCP II Hand rechts und Daumen rechts mit aktivierter Rhizarthrose“*, siehe act. 2/5, Diagnosen). Gemäss Dr. D. - welche die Beschwerdeführerin immerhin mehrfach persönlich untersucht hat und sich dadurch ein konkretes Bild von der

Situation machen konnte, was auf Dr. I. nicht zutrifft - hat diese Quetschung der Hand zu einer Überdehnung des Daumensattelgelenks und dessen Kapselbandapparats geführt (vgl. act. 5/19). Soweit dies dem Bericht von Dr. I. entnommen werden kann, würde auch er im Falle solcher „Begleitverletzungen“ jedenfalls nicht zum Vornherein ausschliessen, dass durch den Unfall eine richtungsgebende Verschlimmerung der Rhizarthrose eingetreten sein könnte. Da seine Annahme, wonach die Beschwerdeführerin lediglich eine leichte Stauchung erlitten haben soll, sowohl durch die Angaben der behandelnden Ärztin Dr. D. als auch durch die von den Erstbehandlern im Spital E. gestellten Diagnosen widerlegt wird, bestehen klare Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Einschätzung sprechen.

- c. Bestehen aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind bereits ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_824/2018 vom 26. März 2019 E. 3.3 m.w.H.). Angesichts dieser strengen Anforderungen an rein versicherungsinterne Berichte führt dies im konkreten Fall dazu, dass eine abschliessende Beurteilung erst nach weiteren unabhängigen medizinischen Abklärungen vorgenommen werden kann.

2.7 Da somit im konkreten Fall letztlich *beide* vertrauensärztlichen Stellungnahmen nicht für eine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts genügen, bleibt zu prüfen, ob im konkreten Fall der Sachverhalt aufgrund der inzwischen neu vorliegenden Unterlagen bereits genügend geklärt ist, so dass die Beurteilung der Leistungspflicht der Vorinstanz gestützt darauf bereits abschliessend erfolgen kann oder ob zuerst noch weitere Abklärungen nötig sind.

- a. Dr. I. vertrat in seinem Bericht die Auffassung, die Behauptung von Dr. D., die Beschwerdeführerin habe vor dem Unfall keinerlei Beschwerden im Bereich ihrer Daumen gehabt, sei angesichts der degenerativen Veränderungen zum Vornherein nicht glaubhaft (act. 8.2 M25 in fine). Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen (siehe insbesondere act. 2/5, act. 8.2/M21) ist zu schliessen, dass bei der Beschwerdeführerin in der rechten Hand jedenfalls gewisse degenerative Veränderungen bereits vor dem Unfall vorgelegen haben. Dem stimmt auch Dr. D. zu (vgl. act. 5/19, Antwort auf Frage 1). Allerdings hielt Dr. D. auch fest, die Beschwerdeführerin habe an der rechten Hand (trotzdem) vor dem Unfall keinerlei Beschwerden gehabt (act. 8.2/M11; act. 8.2/M1; act. 2/5), abgesehen von eventuell leichter Kraftminderung im Vergleich zu Gegenseite. Dr. I. begründet nicht mit konkreten Argumenten, *weshalb* er es für ausgeschlossen hält, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sein soll. Tatsache ist, dass jedenfalls keine Unterlagen

vorliegen, woraus zu schliessen wäre, dass die degenerativen Veränderungen bereits vor dem Unfall zu behandlungsbedürftigen Beschwerden geführt hätten. Die von Dr. D. erwähnte Kraftminderung ist, nachdem die Beschwerdeführerin offenbar beidhändig ist und zwar rechts schreibt, links aber schneidet - was eher grösseren Kraftaufwand erfordert - nicht zwingend als durch eine degenerative Veränderung bedingt aufzufassen. Mangels gegenteiligen Belegen besteht gestützt auf die vorhandene Aktenlage somit jedenfalls kein konkreter Grund, in Frage zu stellen, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall tatsächlich keine Beschwerden in der rechten Hand bzw. am rechten Daumen hatte und diese erst nach dem Unfall auftraten.

- b. Die Vorinstanz weist in diesem Zusammenhang allerdings zu Recht darauf hin, dass es zur Begründung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht genügt, wenn diese einzig gestützt auf das Argument „*post hoc ergo propter hoc*“ erfolgt und somit mit dem alleinigen Umstand begründet würde, dass der Schaden zeitlich nach dem Unfallereignis eingetreten ist (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_158/2020 vom 17. April 2020 E. 3.2 m.w.H.). Da bereits am Unfalltag degenerative Veränderungen in der rechten Hand vorhanden waren, ist es wohl möglich, wenn nicht gar naheliegend, dass diese degenerativen Veränderungen im weiteren zeitlichen Verlauf *irgendwann* auch ohne den Unfall zu den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden geführt hätten. Dies wird auch von Dr. D. in der fachärztlichen Beurteilung vom 26. August 2019 (act. 5/19) grundsätzlich eingeräumt.
- c. Da in erster Linie der von der Vorinstanz verfügte Fallabschluss per Ende September 2017 bestritten wird, stellt sich im vorliegenden Verfahren die Frage, ob der medizinische Sachverhalt überhaupt bereits genügend abgeklärt ist, um beurteilen zu können, ob ein solcher Fallabschluss zulässig war oder nicht, wobei vor allem die Frage im Vordergrund steht, ob die ab Februar 2018 wieder aktenkundig vorhandenen Handbeschwerden wegen dem Unfall *früher als sonst* eingetreten sind. Wie die Beschwerdeführerin nämlich zu Recht vorbringt, ist für die Beurteilung der Leistungspflicht eines Unfallversicherers zu beachten, dass gemäss Rechtsprechung zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände gehören, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung *nicht zur gleichen Zeit* - sondern eben erst später - eingetreten wäre. Das heisst: Ein krankhafter Vorzustand mag grundsätzlich geeignet sein, einen Schaden alleine hervorzurufen; für die Begründung der Leistungspflicht des Unfallversicherers kommt es aber entscheidend darauf an, ob der in Frage stehende Unfall mit Blick auf das Stadium der Grunderkrankung die Realisierungswahrscheinlichkeit des Schadenrisikos zum gegebenen Zeitpunkt beeinflusste. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt dann, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit

dessen Realisierung (ohnehin) jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Schafft ein krankhafter Vorzustand aber erst eine latente Schadensneigung, entspricht er lediglich einer Teilursache und es besteht somit Raum für eine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteile des Bundesgerichts 8C_847/2016 vom 5. April 2017 E. 5.3.2; U 413/05 vom 5. April 2007 E. 4.2).

- d. Dr. D. schloss die Behandlung der Handbeschwerden rechts am 7. August 2017 zunächst erfolgreich ab (act. 8.2/M5). Rund ein halbes Jahr später nahm sie die Behandlung wieder auf, nachdem die Beschwerdeführerin vor allem unter grösseren Belastungen erneut unter Beschwerden im rechten Daumensattelgelenk litt (act. 8.2/M7). Aus dem Sprechstundenbericht vom 30. April 2018 (act. 8.2/M8) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin nicht nur an der rechten, sondern auch an der linken Hand Beschwerden beklagte (*„Gleiche Beschwerden treten ausserdem auch zunehmend links auf.“*). Die linke Hand wurde aber beim Unfallereignis gar nicht in Mitleidenschaft gezogen. Das Auftreten *seitengleicher* Beschwerden im Frühling 2018 (Diagnose: *„Rhizarthrose beidseits“*, vgl. act. 8.2/M24) scheint auf den ersten Blick dafür zu sprechen, anzunehmen, dass die degenerativen Veränderungen an der rechten Hand wohl auch dann zu Problemen geführt hätten, wenn es gar nicht zum Unfall vom 30. März 2017 gekommen wäre, zumindest wenn man naheliegenderweise von einer ähnlichen Entwicklung an der linken wie an der rechten Hand ausgeht. Umgekehrt erscheint aber die Erklärung der Beschwerdeführerin, wonach die Probleme in der linken Hand lediglich vorübergehend bestanden hatten und gerade durch die Mehrbelastung infolge der Problematik in der rechten Hand verursacht worden waren, weil sie wegen der dortigen Einschränkungen fast nur noch die linke Hand einzusetzen vermochte (vgl. dazu act. 8.1/A22, S. 4, Ziff. 8), grundsätzlich schlüssig. Eine konkrete *medizinische* Beurteilung, wie es sich damit verhält, ist den vorhandenen Akten nicht zu entnehmen.
- e. Selbst der aktuelle Zustand der beim Unfall verletzten rechten Hand ist gestützt auf die vorhandenen Unterlagen noch gar nicht abschliessend beurteilbar: Während die Operation gemäss Angaben in der Beschwerdeschrift (Beschwerde, S. 5, Ziff. 1.4 in fine) zu einem positiven Ergebnis führte, berichtete Dr. D. im Sprechstundenbericht vom 6. Februar 2019 (act. 8.1/M22) von unveränderten Beschwerden im rechten Daumen. Im MRI zeige sich zwar ein zeitgerechter postoperativer Befund, sobald aber die Beschwerdeführerin die Hände einsetze, komme es zu störenden Schmerzen. Dr. D. hielt nicht das inzwischen neu diagnostizierte leichtgradige sensomotorische Karpaltunnelsyndrom für diese Beschwerden verantwortlich, sondern vermutete unter den gegebenen Umständen eher eine funktionelle Komponente als ursächlich und bat Dr. J. und Dr. K. um eine handchirurgische Zweitmei-

nung. Diese findet sich nicht in den vorhandenen Akten. Für die Beurteilung des Kausalzusammenhangs der andauernden Beschwerden zum Unfallereignis könnte diese Zweitmeinung aber ebenfalls von Bedeutung sein, weshalb diese Beurteilung ebenfalls noch zu den Akten zu nehmen sein wird, bevor der medizinische Sachverhalt - ausser die Frage des Kausalzusammenhangs erschiene im Anschluss bereits gestützt auf diese zusätzlichen Abklärungen abschliessend geklärt - wohl abschliessend einem medizinischen Experten zur unabhängigen Stellungnahme unterbreitet werden muss.

- f. Zusammengefasst sind im konkreten Fall noch diverse Fragen offen und die vorhandenen Unterlagen genügen noch nicht für eine abschliessende Beurteilung der Kausalitätsfrage. Bevor beurteilt werden kann, ob der von der Vorinstanz per Ende September 2017 verfügte Fallabschluss zulässig war oder nicht, ist in einem ersten Schritt das medizinische Dossier zu aktualisieren durch Einholung aktueller Berichte bei den behandelnden Ärzten. Nachdem wie aufgezeigt den bisher rein versicherungsintern vorgenommenen medizinischen Abklärungen kein Beweiswert zuzumessen ist, wäre, sofern im Anschluss gestützt auf das ergänzte medizinische Dossier nicht bereits eindeutig feststeht, wie es sich mit der Zulässigkeit des verfükten Fallabschlusses verhält, zwingend die Einholung einer unabhängigen Expertise angezeigt. Dies führt im Resultat zur Gutheissung der vorliegenden Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids.

2.8 Im konkreten Fall weist das Gericht die Angelegenheit an die Vorinstanz zurück, damit diese in Nachachtung ihrer Untersuchungspflicht für die nötige abschliessende Sachverhaltsklärung sorgt:

- a. Art. 43 Abs. 1 ATSG schreibt dem Versicherungsträger gesetzlich vor, die an ihn gerichteten Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Das bedeutet konkret, dass der Versicherungsträger die Pflicht hat, den Sachverhalt bis zur zweifelsfreien Eruiierung abzuklären. Gemäss Rechtsprechung kommt ihm dabei zwar durchaus ein Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Das heisst allerdings nicht, dass ein Versicherungsträger die von ihm zu erfüllende Untersuchungspflicht einfach durch Nichttätigkeit dem Gericht, das den Fall später beurteilt, zuschieben kann. Die Vorinstanz hat ihre eigene gesetzlich vorgesehene Abklärungspflicht im konkreten Fall nicht erfüllt, indem sie sich für den vorgenommenen Fallabschluss auf Stellungnahmen ihrer Vertrauensärzte stützte, welche aus den dargelegten Gründen offensichtlich nicht für eine abschliessende Beurteilung genügen. Da die Sachverhaltsabklärungen im Verwaltungsverfahren unvollständig blieben, sind sie zunächst von der hierzu

zuständigen Vorinstanz abzuschliessen. Entsprechend wird die Angelegenheit zur Wahrung des Instanzenzugs an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese nach ergänzten Abklärungen in medizinischer Hinsicht erneut über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin entscheide.

- b. An dieser Stelle bleibt anzumerken, dass sich aus den vorliegenden Unterlagen ergibt, dass offenbar im November 2019 unter Bezugnahme auf das Unfallereignis vom 30. März 2017 ein Kostengutsprachege such „AS, Bicepstenotomie, ASD, SSP-Ref. Schulter li“ bei der Diagnose einer „SSP-Ruptur li“ bei der Vorinstanz eingereicht wurde (act. 8.2/M26). Gestützt auf die vorhandenen Unterlagen erscheint nicht ohne weiteres schlüssig, weshalb die *linke* Schulter operiert werden sollte, nachdem gemäss Bericht vom 20. Juli 2018 (act. 8.2/M12) noch ausdrücklich „*die arthroskopische Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion mit Bizepstenodese, AC-Resektion und Akromioplastik rechts*“ mit der Beschwerdeführerin besprochen worden war (wobei die rechte Schulter beim Unfall - im Gegensatz zur linken - nicht verletzt worden war, vgl. z.B. act. 2/5, so dass bezüglich der rechten Schulter zum Vornherein nicht ersichtlich wäre, weshalb die Vorinstanz für eine Operation leistungspflichtig sein soll). Eine Antwort der Vorinstanz auf das Kostengutsprachege such ist in den dem Gericht vorliegenden vorinstanzlichen Akten nicht enthalten. Sollte die Beschwerdeführerin auch im Zusammenhang mit Schulterbeschwerden Leistungen gegenüber der Vorinstanz geltend machen (wie es sich damit verhält, dürfte sich bei den weiteren Abklärungen der Vorinstanz in sachverhaltsmässiger Hinsicht wohl ohne weiteres ergeben), so kann diesbezüglich bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass der von der Vorinstanz verfügte Fallabschluss per Ende September 2017, jedenfalls *was die Schulterbeschwerden betrifft*, angesichts des von Dr. F. bereits am 28. Juni 2017 berichteten erfolgreichen Behandlungsabschlusses (act. 8.2/M3) grundsätzlich nachvollziehbar erscheint. Aus den vorliegenden Unterlagen ergeben sich, anders als dies bezüglich der Handbeschwerden der Fall ist, jedenfalls beim jetzigen Aktenstand keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass bezüglich Schulterbeschwerden ein Fallabschluss per Ende September 2017 nicht zulässig wäre. Unter diesen Umständen wäre es daher grundsätzlich Sache der Beschwerdeführerin, einen Kausalzusammenhang zwischen weiterhin behandlungsbedürftigen Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis vom 30. März 2017 nachzuweisen, sollte sie diesbezüglich erneut Leistungen von der Vorinstanz beanspruchen wollen.

3. Kosten und Entschädigung

3.1 Es handelt sich um ein kostenloses Verfahren (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG), weshalb keine Gerichtskosten zu erheben sind.

3.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten; diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang namentlich Art. 13 Abs. 1 lit. c der kantonalen Verordnung über den Anwaltstarif (AT, bGS 145.53), wonach in Verwaltungssachen vor Obergericht die pauschale Bemessung zur Anwendung gelangt. Für das Honorar ist grundsätzlich ein Rahmen zwischen Fr. 1'000.-- bis Fr. 10'000.-- vorgesehen (Art. 16 Abs. 1 AT).

a. Beim vorliegenden Verfahrensausgang ist die Beschwerdeführerin als obsiegend zu betrachten (vgl. dazu anstelle vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_509/2019 vom 8. November 2019 E. 6). Sie wurde im vorliegenden Verfahren durch RA K. vertreten, so dass ihm für die Vertretungskosten wie beantragt eine Entschädigung zu Lasten der Vorinstanz zuzusprechen ist. Im konkreten Fall erscheint - auch im Vergleich zu anderen, vom Aufwand her vergleichbaren Fällen - für diese Vertretung ein Honorar von pauschal Fr. 2'500.-- als angemessen, nachdem lediglich ein einfacher Schriftenwechsel durchgeführt wurde. Zuzüglich der praxisgemäss üblichen Barauslagenpauschale von 4% sowie der Mehrwertsteuer von 7.7% ergibt sich somit eine Entschädigung für die anwaltliche Vertretung im Gesamtbetrag von Fr. 2'800.20.

b. Die Beschwerdeführerin hatte bereits mit der Beschwerde angekündigt, sie werde die Aufwendungen für die fachärztliche Beurteilung der behandelnden Handchirurgin ans Gericht weiterleiten, sobald diese vorliege. Mit Verfügung vom 14. Juli 2020 sowie ein zweites Mal am 22. Oktober 2020 wurde die Beschwerdeführerin an diese Pendeuz erinnert. Am 27. Oktober 2020 ging die betreffende Rechnungskopie über einen Betrag von Fr. 150.-- beim Obergericht ein. Nachdem die fachärztliche Beurteilung von Dr. D. vom 26. August 2019 bedeutenden Einfluss auf die Beurteilung des vorliegenden Beschwerdeverfahrens hatte und wie aufgezeigt die Vorinstanz ihrer Pflicht zur umfassenden Sachverhaltsabklärung dagegen nicht abschliessend nachgekommen ist, ist dem Antrag der Beschwerdeführerin auf zusätzliche Erstattung dieser konkreten Auslage (Ziff. 3 Rechts-

begehren) ohne weiteres zu entsprechen und die Vorinstanz zu verpflichten, der Beschwerdeführerin zusätzlich zur auszurichtenden Entschädigung für die rechtsanwaltliche Vertretung von Fr. 2'800.20 (inklusive allgemeine Barauslagen und Mehrwertsteuer) weitere Fr. 150.-- für diese fachärztliche Stellungnahme zu erstatten (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 216 zu Art. 61 ATSG).

- c. Insgesamt hat die Vorinstanz somit die Beschwerdeführerin mit Fr. 2'950.20 zu entschädigen.
- d. Die beigeladene Krankenkasse hat keine Entschädigung beantragt; ihr kommt bei einem Obsiegen im Rahmen ihres amtlichen Wirkungskreises grundsätzlich auch kein Entschädigungsanspruch zu, so dass der Beigeladenen - unabhängig vom Verfahrensausgang - keine Entschädigung zuzusprechen ist.

Demgemäss erkennt das Obergericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde von A. wird der angefochtene Einspracheentscheid der Versicherung B. vom 15. Juli 2019 aufgehoben.

Die Sache wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen erneut über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 30. März 2017 verfüge.

2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'950.20 (inkl. Barauslagen [samt Auslagen für die bei Dr. D. eingeholte fachärztliche Beurteilung vom 26. August 2019] und Mehrwertsteuer) auszurichten.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist 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 die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz, die Beigeladene und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 6. November 2020