Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 1. Juni 2017 (725 17 47 / 139)

Unfallversicherung

Natürlicher Kausalzusammenhang verneint, weil der Unfall nur Gelegenheits- bzw. Zufallsursache war.

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Margit Campell
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin
	gegen
	GENERALI Allgemeine Versicherungen AG, Generaldirektion, Departement Leistungen / Rechtsdienst, Avenue Perdtemps 23, 1260 Nyon 1, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A.1 Die 1966 geborene A.____ arbeitet als Sekretärin bei der B.____ und ist aufgrund dieses Anstellungsverhältnisses bei der GENERALI Allgemeine Versicherungen AG (Versicherung) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Gemäss Bagatellunfallmeldung der Arbeitgeberin vom 30. Mai 2016 erlitt die Versicherte am 20. Mai 2016 einen Unfall, indem ihr Sohn ihr auf dem Sofa unbeabsichtigt auf die linke Hand gesessen sei. Danach habe sie Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Dau-

mens verspürt. Das noch am Unfalltag aufgesuchte Spital C.____ hielt im Bericht vom 8. Juli 2016 fest, dass ein Extensionsdefizit des linken Daumens vorliege. Gleichzeitig schloss es eine Fraktur oder eine Luxation aus. Die vorläufige Diagnose lautete auf Ruptur der Extensor-pollicis-langus-Sehne Dig 1 links. Die Versicherte wurde sodann dem Spital D.____ überwiesen, wo sie am 21. Mai 2016 operiert wurde. Dabei wurde eine EIP auf EPL-Transfer links vorgenommen. Gemäss Arztzeugnis vom 21. Mai 2016 war A.____ bis zum 27. Mai 2016 zu 100% und danach zu 50% krankgeschrieben.

A.2 Nachdem sich der Gesundheitszustand der Versicherten in den folgenden Monaten trotz intensiver medizinischer Betreuung nicht wesentlich verbesserte und sie weiterhin keine volle Arbeitsfähigkeit aufwies, ersuchte die Versicherung ihren beratenden Arzt Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, um eine Beurteilung. Am 14. Oktober 2016 führte er im Wesentlichen aus, dass das von der Versicherten geschilderte Ereignis nicht geeignet sei, bei einer gesunden EPL-Sehne eine Ruptur zu verursachen. Gestützt auf diese Angaben des Vertrauensarztes teilte die Versicherung A.____ am 20. November 2016 mit, dass sie keine gesetzlichen Leistungen für das Ereignis vom 20. Mai 2016 erbringen werde. Mit Verfügung vom 23. November 2016 lehnte sie den Leistungsanspruch von A.____ mangels natürlichen Kausalzusammenhangs ab. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Entscheid vom 11. Januar 2017 fest.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____ am 9. Februar 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte sinngemäss, dass der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. Januar 2017 aufzuheben und diese zu verpflichten sei, für die Folgen des Unfalls vom 20. Mai 2016 die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen.

C. Am 24. März 2016 ging die Beschwerdeantwort der Versicherung ein. Sie beantragte unter Hinweis auf die Ausführungen im Einspracheentscheid vom 11. Januar 2017 die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht i n E r w ä g u n g

1.1 Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 9. Februar 2017 ist einzutreten.

1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1984 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Übernahme der im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. Mai 2016 entstandenen Kosten (Taggelder/Heilbehandlung) zu Recht abgelehnt hat. Unbestritten ist hingegen, dass das Ereignis vom 20. Mai 2016 als Unfall im Rechtssinne zu qualifizieren ist (Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) und es sich bei der dabei zugezogenen Verletzung um eine unfallähnliche Körperschädigung (UKS) im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV handelt.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt - unter anderem - voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2). 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

3.4.1 Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadenauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts Conditio sine qua non war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C_337/2016, E. 4.1.1 mit Hinweis auf SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C_380/2011, E. 4.2.1; ANDREAS TRAUB, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479).

3.4.2 Einem Ereignis kommt nach dem Gesagten der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig

und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Ansprechens auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C_337/2016, E. 4.1.2 mit Hinweis auf SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C_380/2011, E. 4.2.2.).

4.1 Die rechtsanwendende Behörde ist zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung der strittigen Fragen sind vorliegend im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

5.2 Gemäss der Unfallmeldung des Spitals C.____ vom 30. Mai 2016/8. Juli 2016 hat sich die Beschwerdeführerin am 20. Mai 2016 eine Ruptur der Extensor-pollicis-longus-Sehne Dig. 1 links zugezogen als sich ihr Sohn auf ihre linke Hand gesetzt habe. Danach habe sie Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung am linken Daumen verspürt.

5.3 Am 21. Mai 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Spital D.____ operiert. Im gleichentags erstellten Operationsbericht diagnostizierte Dr. med. F.____ eine degenerative EPL-Ruptur, wahrscheinlich Strecksehnenzone VII, ausgelöst durch Minimaltrauma, möglicherweise im Zusammenhang mit der vorbestehenden Rhizarthrose und STT-Arthrose mit Synovialitis, differentialdiagnostisch: rheumatologische Genese. Betreffend die Operationsindikation wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin plötzlich an einer Streckunfähigkeit gelitten habe, nachdem ihr Sohn ihr unbeabsichtigt auf dem Sofa den Daumen bzw. die Hand belastet habe. Danach sei ein Geräusch des Reissens zu hören gewesen, aber es hätten keine wesentlichen Schmerzen bestanden. Aufgrund der im Spital C.____ erstellten Röntgenbilder würden sich eine fortgeschrittene Rhizarthrose, die vor 10 Jahren diagnostiziert worden sei, sowie zusätzlich eine STT-Arthrose zeigen. Eine rheumatologische Genese sei nicht bekannt. Die Beschwerdeführerin würde belastungsabhängige und Ruheschmerzen sowie unterschiedliche Schwellungszustände über dem CMC I-Gelenk beschreiben. Die Indikation für die Operation sei deshalb gegeben. Es sei mit ihr im Vorfeld besprochen worden, dass der Grund für die Operation kein traumatischer, sondern eine wahrscheinlich degenerative Veränderung der Sehne sei. Im Weiteren ist dem Operationsbericht zu entnehmen, dass die EPL-Sehne deutlich degenerativ verändert sei. Auf der einen Seite sei sie verlängert sowie stark verdünnt und habe noch zu 10% in der Tiefe gehalten.

5.4 Im Arztzeugnis vom 25. Juli 2016 verneinte das Spital D.____ zuhanden der Beschwerdegegnerin einen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 20. Mai 2016 und den weiterhin geltend gemachten Beschwerden.

5.5 Dr. E.____ hielt in seinem Bericht vom 14. Oktober 2016 fest, dass das Ereignis nicht geeignet sei, eine gesunde EPL-Sehnenruptur zu verursachen. Intraoperativ seien ausgeprägte degenerative Veränderungen der Sehne gefunden worden, verursacht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine vorbestehende Rhizarthrose und eine STT-Arthrose. Von den behandelnden Handchirurgen werde geäussert, dass die Sehnenruptur degenerativ und nicht traumatisch verursacht worden sei. Aus diesem Grund verneinte Dr. E.____ auch das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 9 lit. 2 f. UVV.

5.6 Der Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 24. November 2016 nennt als Diagnosen ein beginnendes CRPS der linken Hand bei Status nach EIP auf EPL-Transfer links am 21. Mai 2016 bei degenerativer EPL-Ruptur, wahrscheinlich Strecksehnenzone VII, ausgelöst durch ein Trauma, möglicherweise im Zusammenhang mit der vorbestehenden Rhizarthrose und STT-Arthrose mit Synovialitis. Differentialdiagnostisch wurden eine rheumatologische Ge-

nese, eine Rhizarthrose sowie eine STT-Arthrose links genannt. Dem Befund ist zu entnehmen, dass die linke Hand ein unauffälliges Hautkolorid und keine vermehrte Schweissigkeit aufweise. Die Trophik habe sich komplett normalisiert. Nach erfolgter Infiltration zeige sich nun eine deutliche Verbesserung der Beschwerdesituation sowohl betreffend die Beweglichkeit als auch bezüglich der Beschwerdelinderung. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Sprechstunde zudem angegeben, dass die Unfallversicherung nicht bereit sei, die Kosten zu übernehmen. Dazu führte Dr. F.____ aus, es sei sowohl initial wie auch im Operationsbericht erwähnt worden, dass vorliegend in dem Sinne ein Trauma vorliege, als sich der Sohn der Beschwerdeführerin auf ihre linke Hand gesetzt und sie in diesem Zusammenhang ein Geräusch des Reissens gehört habe. Degenerative Veränderungen auf Höhe des Handgelenkes, die zu einer EPL-Ruptur führen würden, seien jedoch nicht bekannt.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem Einspracheentscheid vom 11. Januar 2017 auf die Ausführungen von Dr. E.____ vom 14. Oktober 2016. Sie kommt dabei zum Schluss, dass sie keine Leistungen schulde, weil die Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 20. Mai 2016 und dem eingetretenen Schaden zu verneinen sei. Dieser Auffassung ist letztlich zu folgen. Zunächst ist aber festzustellen, dass Dr. E.____ als Vertrauensarzt ein verwaltungsinterner Arzt ist. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seines Berichts, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 und 135 V 465 E. 4.4, je mit Hinweisen). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen. Dr. E.____ führt zunächst aus, dass das Ereignis vom 20. Mai 2016 nicht geeignet sei, eine Ruptur einer gesunden EPL-Sehne zu verursachen. Im Widerspruch dazu stand aufgrund der Berichte des Spitals D.____ jedoch unbestritten fest, dass die EPL-Sehne der linken Hand der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen in Form einer Rhizartrose und einer SST-Arthrose aufwies und daher nicht als gesund bezeichnet werden konnte. Bereits aufgrund dieser Ungereimtheiten bestehen geringe Zweifel an der Beweistauglichkeit des vertrauensärztlichen Berichts, weshalb weitere Abklärungen vorzunehmen wären (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 und 135 V 465 E. 4.4 i.f.). Darauf kann aber insbesondere mit Blick auf den Operationsbericht des Spitals D.____ vom 21. Mai 2016 verzichtet werden. Dieser erfüllt ohne weiteres die bundesgerichtlichen Vorgaben an die Verwertbarkeit medizinischer Unterlagen. Die Darlegungen sind nachvollziehbar, widerspruchsfrei und leuchten sowohl in Bezug auf die medizinische Situation wie auch betreffend die daraus gezogenen Schlüsse ein. Es wird deutlich, dass die Ursache für die EPL-Ruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der Unfall vom 20. Mai 2016 war, sondern der bereits bestehende degenerative Zustand der Sehne in Form einer fortgeschrittenen Rhizarthrose und einer STT-Arthrose. Dementsprechend wurde die Beschwerdeführerin bereits im Vorfeld darüber aufgeklärt, dass die Operation nicht aus traumatischen Gründen, sondern aufgrund dieser deutlichen degenerativen Veränderungen der Sehne notwendig sei. Während des Eingriffs zeigte sich denn auch deutlich eine stark verdünnte EPL-Sehne, die nur noch zu 10% in der Tiefe hielt. Aus diesem Grund kommt dem Unfall vom 20. Mai 2017 nicht der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu. Vielmehr stellt er bei diesem labilen und schwerwiegenden Vorzustand der EPL-Sehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich eine Gelegenheits- oder Zufallsursache dar, die keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers verursacht (vgl. vorstehend E. 3.4.2). Dies entspricht auch den An-

gaben im Bericht des Spitals D.____ vom 25. Juli 2016, wonach kein Kausalzusammenhang bestehe zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Gesundheitsschaden.

6.2.1 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, ist nicht geeignet, diese Beurteilung in Frage zu stellen. Sie beruft sich in ihrer Beschwerde zunächst im Wesentlichen darauf, dass die geklagten Beschwerden auf den Unfall vom 20. Mai 2017 zurückzuführen seien, da sie vor diesem Zeitpunkt keinerlei Beschwerden im linken Daumen gehabt habe. Diese Aussage läuft im Ergebnis jedoch auf die Beweisformel "post hoc ergo propter hoc" hinaus, wonach eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung als unzureichend (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C_309/2010). Daran ändert der Hinweis der Beschwerdeführerin auf den Sprechstundenbericht des Spitals D.____ vom 24. November 2016 nichts. Diesem ist zwar zu entnehmen, dass es am 20. Mai 2016 zu einem Trauma gekommen ist. Dabei ist zu beachten, dass sich der medizinische Begriff des Traumas nicht mit dem Unfallbegriff deckt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2013, 8C_909/2012, E. 4.3 mit Hinweis auf in BGE 130 V 380 nicht publ. E. 1 des Urteils U 199/03 vom 10. Mai 2004; RKUV 2003 Nr. U 485 S. 253, U 307/01 E. 5; RKUV 1996 Nr. U 253 S. 199 E. 4b). Der Bericht wurde zudem erst verfasst, nachdem die Beschwerdeführerin der behandelnden Ärztin mitgeteilt hat, dass die Unfallversicherung die Kosten für das Ereignis vom 20. Mai 2016 nicht übernehme. Dabei ist zu beachten, dass Dr. F.____ im Operationsbericht vom 21. Mai 2016 die Ursache der Ruptur unmissverständlich als degenerativ bezeichnete. Wenn sie nunmehr im Bericht vom 24. November 2016 unbegründet festhält, dass degenerative Veränderungen auf Höhe des Handgelenkes, die zu einer EPL-Ruptur führen würden, nicht bekannt seien, widerspricht sie ihren eigenen Angaben in den echtzeitlichen Unterlagen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

6.2.2 Auch aus der Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin das Ereignis zunächst als Unfall behandelt hat, kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Aufgrund der Schilderungen in der Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 30. Mai 2016 war die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die Angelegenheit zunächst als Unfall an Hand zu nehmen. In der Folge klärte sie den rechtserheblichen Sachverhalt ab (vgl. Art. 43 Abs. ATSG). Dabei stellte sie fest, dass zwischen dem Unfall vom 20. Mai 2017 und den angegebenen Beschwerden kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Da die Anspruchsvoraussetzungen unter diesen Umständen nicht erfüllt waren (vgl. oben. E. 3.2), durfte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht ablehnen (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1).

6.3 Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet ist, die gesetzlichen Leistungen für das Ereignis vom 20. Mai 2016 zu erbringen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Januar 2017 erweist sich daher als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht