



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Januar 2018 (725 17 164 / 03)

Unfallversicherung

Fallabschluss / Rückfall / Verneinung der Unfallkausalität

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin i.V. Anna Studinger

Parteien A.____ Beschwerdeführerin, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

AXA Versicherungen AG, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.1 Die 1968 geborene A.____ war bei der B.____ AG als Produktionsmitarbeiterin angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 29. September 2011 wollte A.____ die Türe des Raums zur Fertigung öffnen, als die Türe von der anderen Seite schwungvoll geöffnet wurde und der Türgriff A.____ hart am Handgelenk traf. Am folgenden Tag begab sie sich in ärztliche Behandlung. Es wurde ein Quetsch- und Distorsionstrauma der rechten Hand festgestellt. Da-

raufhin erbrachte die AXA die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder). Der Heilungsverlauf war zuerst zögerlich. A.____ unterzog sich multiplen ergotherapeutischen Behandlungen, bis sich im Sommer 2012 eine schlagartige Besserung einstellte. Die Taggelder wurden bis und mit 5. August 2012 ausgerichtet, danach konnte sie gemäss ärztlichem Attest wieder zu 100 % arbeiten. Die Behandlung konnte bei vollständig wieder hergestellter Funktion des Zeige- und Mittelfingers am 26. September 2012 abgeschlossen werden.

A.2 Am 5. November 2014 berichtete der Hausarzt von A.____ über erneut bestehende Beschwerden im rechten dorsalen Handrücken. Gestützt auf die Rückfallmeldung kam die AXA für die Behandlungen und die Arbeitsausfälle auf. Im Januar 2015 erfolgte operativ eine Ringbandspaltung sowie eine Beugesehnenentolyse und eine Synovektomie. Trotz der durchgeführten Operation persistierten die Schmerzen.

Im Rahmen der Sachverhaltsabklärung wurde eine vertrauensärztliche Beurteilung eingeholt. Gestützt auf den Bericht von C.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 2. September 2016 verneinte die AXA mit Verfügung vom 6. September 2016 eine Leistungspflicht nach UVG für die Beschwerden an der rechten Hand rückwirkend per 6. August 2012. Auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Heilbehandlungsleistungen und Taggelder bis Ende Juli 2016 wurde explizit verzichtet.

B. Am 14. September/ 6. Oktober 2016 erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, Einsprache gegen diese Verfügung. Mit Entscheid vom 26. April 2017 wies die AXA die Einsprache ab.

C. Dagegen erhob A.____ durch ihren Rechtsvertreter mit Eingabe vom 29. Mai 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid vom 26. April 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und die Kosten für den Bericht von D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie, vom 28. September 2016 in der Höhe von Fr. 350.-- zu vergüten. Alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall durchwegs Schmerzen gehabt habe und formell kein korrekter Abschluss des Unfalles erfolgt sei. Daher läge kein Rückfall vor, sondern es sei vielmehr vom Grundfall auszugehen. Demzufolge sei es an der AXA, den Beweis zu erbringen, dass die erneut aufgetretenen Beschwerden nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen seien. Dieser Nachweis der fehlenden Unfallkausalität sei der AXA nicht gelungen.

D. In der Beschwerdeantwort vom 23. August 2017 schloss die AXA auf Abweisung der Beschwerde.

E. Auf Veranlassung des Gerichts reichte die Invalidenversicherung ihre Akten ein. In der Folge nahmen die AXA mit Schreiben vom 2. Oktober 2017 und A.____ mit Schreiben vom 1. November 2017 Stellung dazu. Die Parteien hielten an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in E.____ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 29. Mai 2017 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu beurteilen ist die Leistungspflicht der Unfallversicherung.

2.2 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.

3.1 Vorab ist zu prüfen, ob – da ein Fallabschluss nie formal verfügt wurde – die Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung als Weiterbehandlung dem Grundfall zuzuordnen ist oder ob sie unter dem Aspekt des Rückfalls beurteilt wird.

3.2 Das Ergebnis dieser Prüfung hat Auswirkungen auf die Beweislastverteilung. Sind die geltend gemachten Beschwerden unter dem Titel Grundfall zu prüfen, obliegt es dem Versicherer darzutun, dass diese mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind, da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt. Die blosser Möglichkeit genügt nicht. Sind die Beschwerden jedoch im Rahmen eines Rückfalles oder als Spätfolge zu prüfen (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982), stellt sich die Frage, ob eine leistungsbegründende natürliche Kausalität gegeben ist. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des 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 E. 2c; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43, U 86/02 E. 4). Die Beweislast liegt hier bei der versicherten

Person. Bevor sich aber die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 E. 2.2 [8C_354/2007]).

3.3 Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4; Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt indessen keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu: Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteile des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 4.1 und vom 26. August 2008, 8C_433/2007, E. 2.3, je mit Hinweisen). Dies setzt nicht zwingend eine durchgängige ärztliche Behandlung voraus (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2006, U 12/06, E. 4.3 und 4.3.2).

3.4 Im vorliegenden Fall liegt ein Bagatellunfall mit eher geringfügigen Verletzungen vor. Dieser führte zwar zu einem protrahierten Heilverlauf, denn es dauerte rund ein Jahr bis zur Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit. Die Therapie beschränkte sich jedoch auf Physiotherapie und Ergotherapie. Vom 6. August 2012 bis zum 20. Oktober 2014 – über zwei Jahre – konnte die Beschwerdeführerin ihrer beruflichen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin wieder zu 100 % nachgehen. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass sie zwar ab August 2012 wieder zu 100 % in ihrem angestammten Beruf habe arbeiten können, doch habe sie weiterhin unter den Unfallfolgen gelitten. Ihr Hausarzt F.____, FMH Allgemeine und innere Medizin, habe bestätigt, dass trotz der Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % nur eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei. Es sei daher an der Beschwerdegegnerin, den Nachweis zu erbringen, dass die im Jahr 2014 aufgetretenen Beschwerden nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen seien. Dem ist zu entgegnen, dass D.____ davon ausging, es sei keine weitere Behandlung mehr notwendig. Deswegen schloss er mit der letzten Behandlung vom 26. September 2012 den Fall ab (vgl. Bericht vom 28. September 2016). Mit Notiz vom 29. November 2012 bestätigte auch die Beschwerdeführerin, dass sie nicht mehr in ärztlicher Behandlung stehe. Bis zur Rückfallmeldung vom 29. Oktober 2014, während rund zwei Jahren,

hat keine weitere ärztliche Behandlung in Bezug auf die rechte Hand stattgefunden. Es ist daher nicht mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass während der fraglichen Zeit tatsächlich wesentliche Brückensymptome vorgelegen haben. Demzufolge ist von einem rechtswirksamen konkludenten Fallabschluss auszugehen. Die ab Oktober 2014 geltend gemachten Beschwerden sind nicht unter den Grundfall zu subsumieren, sondern als Rückfall zu behandeln. Damit ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die Beweislast für die Unfallkausalität (vgl. E. 3.2 hiervor) bei der Beschwerdeführerin liegt.

4. Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst (vgl. E. 3.2 hiervor), kann er eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen). Dabei gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden 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 (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

5.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie insbesondere der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). 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 davon, 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

5.2 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 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

6.1 Zur Frage der Unfallkausalität liegen folgende medizinische Unterlagen vor:

6.2 Gemäss Bericht von G.____, FMH Radiologie, vom 23. November 2011 zeigte die MRT der rechten Hand eine unauffällige und intakte Darstellung der ossären Strukturen. Es gebe keinen Nachweis einer Fraktur und keinen Anhaltspunkt für eine Algodystrophie. Die Corticalis sei allseits intakt und die Artikulation in den Gelenken regelrecht. Es gebe keinen Nachweis ödematöser Veränderungen intraossär oder in den umgebenden Weichteilstrukturen. Die Darstellung der Extensoren- und Flexorensehnen sei unauffällig und der Bandapparat intakt. Insgesamt liege eine unauffällige MRT der rechten Hand vor.

6.3 Der behandelnde Arzt D.____ beschrieb am 13. Januar 2012 gestützt auf eine Sonographie eine unauffällige Streck- und Beugesehne, es läge kein Gelenkerguss vor und die palmare Platte sei mittelständig mit echoarmer Läsion. Es bestehe der Verdacht auf einen Status nach Kapselriss und Läsion der palmaren Platte II/III rechts am 29. September 2011. Aufgrund eines erheblichen Rehabilitationsdefizits sei eine intensive Ergotherapie angezeigt. Nach einem weiterhin protrahierten Heilungsverlauf stellte D.____ am 13. Juli 2012 eine schlagartige Besserung und eine sofortige Steigerung der Arbeitsfähigkeit fest. Gemäss Schreiben vom 28. September 2016 arbeitete die Beschwerdeführerin ab 6. August 2012 wieder zu 100 %. Am 26. September 2012 habe er die Behandlung bei vollständig wiederhergestellter Funktion des Zeige- und Mittelfingers abschliessen können.

6.4 Der Hausarzt F.____ diagnostizierte am 5. November 2014 erneute Schmerzen im rechten dorsalen Handrücken und eine deutliche Druckempfindlichkeit im dorsalen Handbereich, v.a. am zweiten und dritten proximalen Inter-Phalangeal-Gelenk. Es bestehe der Verdacht auf eine Tendinitis der rechten Hand- und Fingersehne.

6.5 Mit Bericht vom 24. November 2014 diagnostizierte D.____ eine posttraumatische Tendovaginitis stenosans des Ringbandes A1 Dig II rechts. Die Tendovaginitis stenosans sei nun als Folge des Unfalles aufgetreten. Eine Ringbandspaltung am rechten Zeigefinger sei indiziert.

6.6 Am 30. Oktober 2015 – nach der Operation vom 5. Oktober 2015 – stellte D.____ einen protrahierten Heilungsverlauf mit Allodyne der sensiblen Hautnervenäste fest.

6.7 H.____, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie und I.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, äusserten mit Bericht vom 4. Januar 2016 den Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom. Gemäss Bericht vom 21. Januar 2016 bestätigte sich der Verdacht nicht, da sich neurographisch kein Hinweis auf ein Karpaltunnelsyndrom zeigte.

6.8 J.____, FMH Allgemein- und Unfallchirurgie, hielt im vertrauensärztlichen Bericht vom 25. Mai 2016 Folgendes fest: Im Hinblick auf die Ausweitung der Schmerzen proximal weit über das ursprüngliche Schmerzareal des Zeigefingers hinaus bestehe die Möglichkeit einer Schmerzverarbeitungsproblematik bzw. somatoformen Schmerzstörung. Hinzu kämen Kribbelparästhesien, Kraftverlust und Störung der Feinmotorik, was nicht unfallkausal der Problematik am rechten Zeigefinger zugeordnet werden könne. Bei einer Schmerzverarbeitungsproblematik wäre die persistierende Unfallkausalität ausgeschlossen.

6.9 Laut der vertrauensärztlichen Stellungnahme von C.____ vom 2. September 2016 seien nach dem Unfallereignis vom 29. September 2011 weder klinisch noch bildgebend je eindeutig objektivierbare strukturpathologische Befunde erhoben worden. Dies zeige sich durch die blande MRT, auf der eine Verletzung der palmaren Platte klar abgrenzbar wäre. Auch sprächen die festgehaltenen klinischen Befunde gegen diese Pathologie, da weder eine Instabilität der palmaren Platte festgehalten worden sei noch eine entsprechende Druckdolenz bestanden habe, was bei frischen Verletzungen fast zwingend sei. Der status quo sine sei auf morphologischer Ebene bereits am 23. November 2011 und auf klinischer Ebene spätestens am 6. August 2012 erreicht gewesen, da von da an während mehr als zwei Jahren eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Selbst bei computertomographisch nicht nachweisbaren mikroskopischen Verletzungen an Zeige- und Mittelfinger wären die protrahierten Beschwerden kaum plausibel zu erklären. Die ab Herbst 2014 erneut aufgetretenen Beschwerden seien auf die Tendovaginitis stenisans zurückzuführen, welche überwiegend wahrscheinlich in keinem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 29. September 2011 stehe.

6.10 Mit Bericht vom 28. September 2016 führte der behandelnde Handchirurg D.____ aus, dass ein Kapselriss und eine Läsion der palmaren Platte sonographisch und damit bildgebend objektiviert worden seien. Bei solchen Verletzungen sei meist eine mehrwöchige bis sogar mehrmonatige ergotherapeutische Behandlung zur Funktionsverbesserung notwendig. Diese Therapien würden zu einem Reizzustand der permanent aktivierten Beugesehnen führen, welche durch das Reiben an den Ringbandsystemen häufig zu einer Tendovaginitis stenisans auf Höhe des Ringbandes A1 führten. Demzufolge sei für ihn nicht plausibel, dass die Tendovaginitis stenisans am Zeigefinger unabhängig vom Unfallereignis und von der durchgeführten Ergotherapie zufällig aufgetreten sein soll. Für ihn stehe die Tendovaginitis stenisans überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit der ursprünglichen Verletzung.

6.11 Gemäss einem weiteren vertrauensärztlichen Bericht von K.____, Facharzt Chirurgie, vom 24. April 2017 sei das erlittene Anschlagtrauma eher ungeeignet gewesen, eine Kapselverletzung zu verursachen. Zudem würden auf der MRI-Aufnahme Hinweise auf die mit einem Kapselriss verbundenen Begleitverletzungen, wie eine Bonbruisse fehlen. Des Weiteren sei ein kausaler Zusammenhang zwischen der Tendovaginitis stenosans und dem Unfallereignis schon aufgrund der Topographie auszuschliessen. Das Trauma habe dorsalseitig stattgefunden, das Ringband A1 läge jedoch volar zum Zeigefingergrundgelenk. Ferner seien ein Kapselriss und eine Läsion der palmaren Platte durch nichts belegt, es handle sich dabei lediglich um eine Annahme. Dass eine Kausalität zur Tendovaginitis stenosans sowie der Ergotherapie und somit zum Unfall bestehe, sei eine reine Behauptung. Die fraglichen Beugesehnen würden im täglichen Leben stärker beansprucht als bei einer gelegentlichen Therapie. Ausserdem sei das Phänomen der Tendovaginitis stenosans häufig und in der weit überwiegenden Anzahl der Fälle ohne jegliches Trauma evident.

6.12 D.____ nahm am 22. Mai 2017 Stellung zu dem Bericht von K.____. Er äusserte die Vermutung, dass die Einschätzung von K.____ eine Gefälligkeitsbeurteilung sei. Es fehle K.____ wie auch C.____ an fachlicher Kompetenz für eine korrekte Beurteilung.

6.13 L.____, FMH Handchirurgie und periphere Nerven Chirurgie, Gutachter der IV-Stelle, nahm mit Schreiben vom 5. Juli 2017 Stellung zu den Einschätzungen der Vertrauensärzte. Die Stellungnahmen von J.____, C.____ und K.____ seien gut nachvollziehbar. Auch seines Erachtens bestehe kein pathomorphologisches Korrelat zur ursprünglichen Verletzung. Der Unfallmechanismus würde eine Kontusion und keine strukturelle Läsion beschreiben. Aufgrund der anschliessenden Schwellung im PIP-Gelenk hätte auch ohne eine strukturelle Läsion ein Rehabilitationsdefizit und eine Einsteifung stattfinden können, was in der Regel jedoch zu keiner persistierenden Schmerzproblematik führen würde. Wahrscheinlicher seien unfallfremde Faktoren, welche zu den chronifizierten Schmerzen geführt hätten. Anzeichen für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) bestünden keine. Die später aufgetretene Tendovaginitis stenosans könne durch einen Unfall begünstigt werden, trete in der Regel aber spontan auf. Ein Zusammenhang zum Unfall sei seines Erachtens eher unwahrscheinlich.

7. Die Beschwerdeführerin bringt mit Beschwerde vom 29. Mai 2017 und Einsprache vom 6. Oktober 2016 unter anderem vor, dass die Berichte von J.____, C.____ und K.____ mangels Fachkompetenz nicht geeignet seien, die Berichte von D.____ in Zweifel zu ziehen. Gemäss dem Bericht von C.____ vom 28. September 2016 sei es die ergotherapeutische Behandlung, die zu einem Reizzustand der permanent aktivierten Beugesehnen führe. Durch das Reiben an den Ringbandsystemen käme es häufig zu einer Tendovaginitis stenosans auf Höhe des Ringbandes A1. Der Kausalitätsnachweis sei dadurch erstellt. Zudem wird an der Stellungnahme von L.____ vom 5. Juli 2017 kritisiert, dass dieser keinerlei Bezug zur abweichenden Einschätzung vom behandelnden Handchirurgen D.____ nehme.

8. Es trifft zu, dass die Vertrauensärzte der Beschwerdegegnerin allesamt keine Fachärzte für Handchirurgie sind. Doch auch Fachärzte für Chirurgie kennen sich mit der Anatomie der Hand aus. Zudem sieht L.____, Gutachter der IV-Stelle und Facharzt für Handchirurgie, die

Unfallkausalität ebenfalls als unwahrscheinlich und daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt an. Aus seiner Sicht als Handchirurg hat L.____ die Einschätzungen der Vertrauensärzte explizit als zutreffend beurteilt. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten sowie gestützt auf eine handchirurgische Untersuchung der Beschwerdeführerin erstellt. Die Beurteilung von L.____ ist schlüssig und leuchtet ein. Die Beschwerdeführerin wendet ein, dass der Kapselriss und die Läsion der palmaren Platte sonographisch objektiviert worden seien. Dem ist entgegen zu halten, dass es sich dabei um eine Verdachtsdiagnose handelt, hat doch D.____ nach Vornahme der sonographischen Untersuchung lediglich einen entsprechenden Verdacht geäußert. Wären die Verletzungen bildgebend eindeutig gewesen, wäre es wohl nicht bei der Verdachtsdiagnose geblieben. Letztlich kann offen bleiben, ob der Unfall zu einer strukturellen Läsion geführt hat. Denn im vorliegenden Verfahren gilt es zu beantworten, ob die Tendovaginitis stenosans mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die intensive Ergotherapie verursacht worden ist. Unabhängig davon, ob es zu strukturellen Läsionen gekommen ist oder nicht, war die Ergotherapie durch den Unfall indiziert. Die Frage des kausalen Zusammenhangs zwischen der intensiven Ergotherapie und der Tendovaginitis stenosans wird einzig von D.____ bejaht. K.____ zeigt überzeugend auf, dass die fraglichen Beugesehnen durch den alltäglichen Gebrauch stärker beansprucht werden als durch ergotherapeutische Übungen. Auch leuchtet nicht ein, weshalb erst zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung therapiebedingte Beschwerden auftreten sollen. Viel offenkundiger erscheint als Ursache für die Überbeanspruchung die durch die Beschwerdeführerin täglich verrichtete manuelle Arbeit mit dem LötKolben (Lötarbeiten mit Daumen und Zeigefinger) und somit intensive mechanische Beanspruchung durch den stereotypen Bewegungsablauf. Die ergotherapeutische Behandlung stellt eine mögliche, jedoch keine überwiegend wahrscheinliche Folge des Unfallereignisses dar. Zuletzt moniert die Beschwerdeführerin die fehlende Auseinandersetzung von L.____ mit den Einschätzungen von D.____. Diesem Einwand kann kein Gehör geschenkt werden. L.____ hat die Einschätzungen der Vertrauensärzte explizit bestätigt und sich insofern indirekt mit der Beurteilung von D.____ auseinandergesetzt, als die Vertrauensärzte zuvor die Beurteilungen von D.____ begründet widerlegt haben.

9. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf den ab Herbst 2014 geltend gemachten Rückfall der Versicherten zu Recht eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung verneint hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. April 2016 ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

10. Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die Kosten privat eingeholter ärztlicher Berichte zu vergüten, soweit diese für die Entscheidungsfindung unerlässlich waren (BGE 115 V 62 E. 5c; Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 45 Rz. 18 ff.). Im vorliegenden Fall fordert die Beschwerdeführerin die Kosten für den Bericht von D.____ vom 28. September 2016 in der Höhe von Fr. 350.-- zurück. Da diese Stellungnahme für den Ausgang des Beschwerdeverfahrens nicht ausschlaggebend ist, kann diesbezüglichem Begehren nicht entsprochen werden.

11. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren 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 sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Der Antrag der Beschwerdeführerin auf Vergütung der Kosten für den Bericht von Dr. med. Bernhard Angly vom 28. September 2016 in der Höhe von Fr. 350.-- wird abgewiesen.
 4. Im Übrigen werden die ausserordentlichen Kosten wettgeschlagen.