



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 17. Januar 2019 (725 18 221 / 15)

Unfallversicherung

Zeitpunkt des Fallabschlusses durch den Unfallversicherer / Würdigung des medizinischen Sachverhalts

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Martin Lutz, Advokat, Falknerstrasse 3, 4001 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1972 geborene A.____ arbeitete seit dem 20. Januar 2015 als Plattenleger bei der B.____ AG und war im Rahmen dieser Tätigkeit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 12. März 2015 erlitt A.____ einen Arbeitsunfall. Laut den Angaben in der Unfallmeldung war er damit beschäftigt, mit einer Handkreissäge einen Boden zu zerschneiden, als jemand das Kabel der Säge berührte, sodass sich die Säge bewegte und er sich in den rechten Daumen

schnitt. Dabei zog er sich eine Schnittverletzung am rechten Daumenendglied mit einer Teilläsion der FPL-Sehne sowie einer Läsion beider digitaler Nerven zu.

Nachdem die Suva nach Eingang der Unfallmeldung für die Heilungskosten aufgekommen war und Taggeldzahlungen entsprechend der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit geleistet hatte, teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 14. Februar 2017 mit, dass die vorübergehenden Leistungen per Ende Februar 2017 eingestellt würden. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Plattenleger sei ihm zwar nicht mehr zumutbar, laut den Ergebnissen der medizinischen Abklärungen könne er aber eine leichte, leidensadaptierte Tätigkeit ganztätig verrichten. Sobald die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) allfällige berufliche Massnahmen abgeschlossen habe, werde man den unfallversicherungsrechtlichen Rentenanspruch prüfen.

Mit Verfügung vom 25. August 2017 lehnte die Suva - unter Hinweis auf den zwischenzeitlichen Abschluss der durch die IV gewährten Eingliederungsmassnahmen - einen Anspruch von A.____ auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ab. Gestützt auf die erfolgten medizinischen und erwerblichen Abklärungen habe man einen Invaliditätsgrad von 7,93 % ermittelt. Da die Zusprechung einer Invalidenrente einen Invaliditätsgrad von mindestens 10 % voraussetze, bestehe kein Rentenanspruch. Ebenfalls nicht erfüllt seien die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung, habe die kreisärztliche Untersuchung doch ergeben, dass keine erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität vorliege. An dieser Ablehnung eines Rentenanspruchs und eines Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung hielt die Suva auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 30. Mai 2018 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Martin Lutz, am 2. Juli 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. Mai 2018 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm über den 31. Mai 2017 hinaus Taggelder zu erbringen und die Heilbehandlungskosten zu tragen. Eventualiter seien ihm die gesetzlichen Leistungen in Form einer Invalidenrente von mindestens 17 % ab dem 1. Juni 2017 und einer Integritätsentschädigung von mindestens 5 % zuzusprechen; unter o/e-Kostenfolge. Im Weiteren sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege mit seinem Rechtsvertreter als unentgeltlichem Rechtsbeistand zu gewähren. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er schliesslich, es sei eine bidisziplinäre medizinische Begutachtung bei einem Handchirurgen und einem Neurologen durchzuführen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 14. September 2018 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde.

D. Am 26. Oktober 2018 reichte der Versicherte eine Replik ein, in welcher er an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren und an den wesentlichen bisherigen Vorbringen festhielt. Die Suva teilte am 27. November 2018 mit, dass sie auf die Einreichung einer umfassenden Duplik verzichte und stattdessen auf die Ausführungen in ihrer Beschwerdeantwort verweise.

E. Das Kantonsgericht zog zur Vervollständigung der Akten bei der IV-Stelle Basel-Landschaft das IV-Dossier des Versicherten bei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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 C._____ (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 des Versicherten vom 2. Juli 2018 ist demnach einzutreten.

1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

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. 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 Prozent 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 Prozent 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 Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, wober 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.2 Um die Leistungspflicht des Unfallversicherers bejahen zu können, muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2007, U 56/06, E. 6.2.2 am Ende; BGE 112 V 30 E. 1b).

Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürli-

chen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb). Stehen hingegen psychische Unfallfolgeschäden zur Beurteilung, so hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Danach ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 133 E. 7).

3.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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, 122 V 157 E. 1c).

3.4 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. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Mit Schreiben vom 14. Februar 2017 hatte die Suva dem Versicherten mitgeteilt, dass die vorübergehenden Leistungen (Taggelder; Heilbehandlung) per Ende Februar 2017 eingestellt würden. In der Folge absolvierte der Versicherte berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Lasten der IV. Nach deren Abschluss prüfte die Suva den Anspruch des Versicherten auf eine unfallversicherungsrechtliche Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. Gestützt

auf die Ergebnisse ihrer gesundheitlichen und erwerblichen Abklärungen lehnte sie mit Verfügung vom 25. August 2017, die sie in der Folge mit Einspracheentscheid vom 30. Mai 2018 bestätigte, einen Rentenanspruch und einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung ab. In seiner Beschwerde macht der Versicherte vorab geltend, der medizinische Endzustand sei Ende Februar 2017 noch nicht erreicht gewesen, so dass die Voraussetzungen für eine Einstellung der vorübergehenden Leistungen im genannten Zeitpunkt nicht erfüllt gewesen seien.

4.2 Im Entscheid 134 V 109 ff. hat sich das Bundesgericht einlässlich mit der Thematik befasst, in welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen und - gegebenenfalls - den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen habe (BGE 134 V 113 E. 3.2). Dies habe, so das Bundesgericht, gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG in dem Zeitpunkt zu geschehen, in welchem von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden könne und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen seien (BGE 134 V 113 ff. E. 4). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands zu verstehen sei, umschreibe das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet sei (vgl. etwa Art. 1a und Art. 4 UVG), werde sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber verdeutliche dabei, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen müsse. Unbedeutende Verbesserungen genügten nicht (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen).

5.1 Wie den Akten entnommen werden kann, absolvierte der Versicherte vom 18. November 2015 bis 23. Dezember 2015 einen stationären Aufenthalt in der Klinik D. _____. Im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2015 hielt das involvierte Ärzteteam beim Versicherten folgende Diagnosen fest: (1) Unfall vom 12.03.2015 mit Fräsenverletzung am Daumenendglied rechts mit 70 %-iger Teilläsion der FPL-Sehne ansatznahe und Läsion beider palmarer Digitalnerven und ossärem Defekt palmar an der Endphalanx-Basis mit Wundversorgung (Notfallstation, 12.03.2015), Wundexploration, Refixation FPL-Sehne mittels Mitek-Anker und Koaptation beider palmarer Digitalnerven (13.03.2015), kompletter Reruptur FPL-Sehne, Ausbildung eines Neuroms des radiopalmaren Daumennervs, ossärer Refixation der FPL-Sehne sowie Neuomresektion radiopalmarer Nerv Daumen rechts (30.04.2015), Entfernung eines vorstehenden Fadens an der Daumenkuppe rechts (07.08.2015) sowie aktuell: (1) neuropathische Schmerzen und Allodynie Palmarseite Daumen rechts und leichter Tenodese der FPL-Sehne rechts; (2) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) mit psychotraumatologischen Symptomen (Kriterien für PTBS nicht erfüllt); (3) eine Insertionstendopathie am Trochanter major links und (4) eine paroxysmale Tachykardie mit/bei Status nach Radiofrequenzablation 2000 und Rezidiven seit 2008, emotional getriggert. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten führten die Klinikärzte aus, dass diesem die bisherige Tätigkeit als Parkett-Bodenleger nicht mehr zumutbar sei. Hingegen könne er eine körperlich leichte Arbeit ganztags ausüben, wobei im Zusammenhang mit der Benutzung der rechten Hand folgende Einschränkungen zu beachten seien: Der rechte Daumen könne wegen der Überempfindlichkeit und der bewegungsabhängigen Schmerzen nur sehr begrenzt eingesetzt werden. Das Greifen/Festhalten zwischen

Daumen und einem oder mehreren Langfingern und auch im Grobgriff sei stark eingeschränkt; feinmotorische Tätigkeiten seien kaum möglich. Nicht in Frage kämen sodann häufig wiederholte Daumenbewegungen sowie Tätigkeiten mit Schlägen oder Vibrationen oder mit einer Kälteexposition der rechten Hand. Dagegen könnten mit den Langfingern allein (im Hakengriff) auch schwerere Gewichte bis 15 kg einhändig getragen oder bis 20 kg bimanuell gehoben werden.

5.2 In seinem Bericht vom 9. Februar 2017 über die gleichentags erfolgte Abschlussuntersuchung diagnostizierte der Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Arzt für Allgemeinmedizin, beim Versicherten (1) eine chronische Schmerzstörung Daumen palmar mit Verdacht auf Symptomausweitung auf den Daumenballen bei (1.1) Teilläsion der FPL-Sehne sowie Läsion beider Digitalnerven N1 und N2 und anschliessender primärer operativer Versorgung am 13.03.2015 und (1.2) Status nach Refixation mit Neuromrevision N1 am 30.04.2015 bei kompletter Reruptur FPL Zone 1 Dig. I sowie Neurom N1; (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und (3) ein paroxysmales Vorhofflimmern bei (3.1) Status nach Radiofrequenzablation 2000 und (3.2) COPO Gold I, Lungenemphysem. In seiner Beurteilung wies Dr. E.____ darauf hin, dass der Versicherte anlässlich der Konsultation vom 10. November 2015 den rechten Daumen nach Aufforderung noch adäquat eingesetzt habe und dass bei der Kraftmessung mit dem Handdynamometer 42 kg bzw. mit dem Pinch Gauche zwischen Daumen und Zeigefinger 7 kg erreicht worden seien. Demgegenüber werde heute eine massive Überempfindlichkeit/Allodynie geltend gemacht, welche eine Berührung des Daumens und Daumenballens volarseitig nicht möglich mache. Der Daumen werde geschont und auch auf Aufforderung nicht eingesetzt. Eine klinische Untersuchung der Flexion des Daumens gegen Widerstand sei nicht mehr möglich. Diese "Verschlechterung" sei insofern bemerkenswert, als es zwischenzeitlich zu keinem weiteren operativen Eingriff gekommen sei. Es sei daher von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen, welche durch die Verletzung nicht nachvollzogen werden könne. Gewisse Restbeschwerden bei Belastung wären noch einigermaßen plausibel, nicht jedoch die heute präsentierte Allodynie mit subjektiver Unmöglichkeit, den Daumen volarseitig und am Daumenballen zu berühren. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass die schwierige psychosoziale Situation für die Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik verantwortlich sei. Aufgrund des bisherigen Verlaufs mit Aggravation und Symptomausweitung sei es fraglich, ob unfallbedingt noch eine Verbesserung erwartet werden könne. Bezüglich des somatischen Ergebnisses sei dies wahrscheinlich zu verneinen. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, könne aufgrund der objektivierbaren Befunde auf das von der Klinik D.____ im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2015 erstellte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden, wobei anzumerken sei, dass die Einschränkungen in Anbetracht der objektivierbaren Befunde sehr grosszügig bemessen worden seien.

5.3 Laut den vorstehend wiedergegebenen kreisärztlichen Diagnosen litt der Versicherte im Zeitpunkt des strittigen Fallabschlusses - unter anderem - an einer chronischen Schmerzstörung (mit somatischen und psychischen Faktoren) und somit auch an psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Es stellt sich die Frage, ob diese in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 12. März 2015 stehen. Darauf braucht nun allerdings nicht weiter eingegangen zu werden. Die Suva legt im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend dar, dass es vorliegend jedenfalls an dem für die Bejahung einer Leistungspflicht - zusätz-

lich zur natürlichen Unfallkausalität - erforderlichen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Versicherten und dem am 12. März 2015 erlittenen Unfall fehlen würde. Diese vorinstanzliche Beurteilung ist nicht zu beanstanden und sie wird denn auch vom Versicherten in seiner Beschwerde - zu Recht - nicht (mehr) in Frage gestellt. Somit kann hier aber von weiteren Erörterungen zu dieser Thematik abgesehen werden und es bei der Feststellung sein Bewenden haben, dass die im Zeitpunkt des Fallabschlusses vorhandenen psychischen Leiden des Beschwerdeführers für das vorliegende unfallversicherungsrechtliche Verfahren nicht von Relevanz sind.

6.1 In Würdigung der oben (vgl. E. 5.1 und 5.2 hiavor) geschilderten medizinischen Unterlagen ging die Suva im angefochtenen Entscheid bzw. in der ihm zu Grunde liegenden Verfügung davon aus, dass beim Versicherten der medizinische Endzustand hinsichtlich der *somatischen* Unfallfolgen im Bereich des rechten Daumens Ende Februar 2017 erreicht gewesen sei. Es sei nicht ersichtlich, dass im genannten Zeitpunkt von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten gewesen oder dass von ärztlicher Seite eine entsprechende Prognose gestellt worden wäre.

6.2 Demgegenüber ist der Beschwerdeführer der Auffassung, dass der Fall noch nicht hätte abgeschlossen werden dürfen. Es sei weiterhin eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands möglich. Zur Begründung dieses Standpunkts beruft sich der Beschwerdeführer zum einen auf den Abschlussbericht des Kreisarztes Dr. E.____ vom 9. Februar 2017 und zum andern auf den Bericht des Zentrums für Schmerzmedizin F.____ vom 29. Juni 2017. Im erstgenannten Bericht habe der Kreisarzt festgehalten, dass eine Besserungsmöglichkeit der unfallbedingten Folgen fraglich und aus somatischer Sicht „wahrscheinlich“ zu verneinen sei. Für die Vornahme des Fallabschlusses reiche dies aber nicht aus. Der Umstand, dass der Heilungsverlauf abgeschlossen und keine Verbesserung der gesundheitlichen Situation mehr möglich sei, müsse vielmehr mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Dies sei hier gerade nicht der Fall, da im genannten Bericht des Zentrums für Schmerzmedizin F.____ aus anästhesiologischer Sicht noch diverse Behandlungsmöglichkeiten zur Schmerzbekämpfung aufgezeigt würden. Sein Hauptproblem liege in den Dauerschmerzen, die er im Daumen seiner Führungshand bei jedem Kontakt verspüre und die ihm jegliche manuelle Arbeit verunmöglichen würden.

6.3 Wie oben ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier 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 (vgl. E. 3.4 hiavor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des Kreisarztes Dr. E.____, auf welche die Suva in ihrem Entscheid abgestellt hat, liegen hier vor. Die Suva argumentiert gestützt auf den Bericht von Dr. E.____, dass der Versicherte eine adaptierte Verweistätigkeit wieder ganztags ausüben könne, sodass eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands im Sinne einer ins Gewicht fallenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gar nicht (mehr) möglich sei. In diesem Zusammenhang ist jedoch festzuhalten, dass Dr. E.____ keine eigenständige Beur-

teilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen, sondern stattdessen auf das von der Klinik D.____ verfasste „Zumutbarkeitsprofil“ verwiesen hat. Die dortigen Ärzte verfassten allerdings ihre Einschätzung nicht unmittelbar vor dem strittigen Fallabschluss, sondern bereits im Dezember 2015. Die fehlende Aktualität der damaligen Beurteilung ist insofern von Bedeutung, als der Versicherte angibt, die Empfindlichkeit im Bereich des rechten Daumens und seine Schmerzen hätten in der Zwischenzeit (seit dem Klinikaufenthalt) zugenommen. Dies hat denn auch der Kreisarzt Dr. E.____ in seinem Abschlussbericht so festgehalten. Nun ist es aber durchaus denkbar, dass solche verstärkte, berührungs- und bewegungsabhängige Schmerzen auch im Rahmen einer adaptierten Tätigkeit zu einem verminderten Rendement im Sinne einer Verlangsamung oder eines vermehrten Pausenbedarfs führen und insoweit - entgegen der Auffassung der Suva - (noch) nicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. Ob die behaupteten stärkeren Schmerzen eine somatische Ursache haben oder ob diese, wie die Suva annimmt, psychisch begründet sind, lässt sich anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht abschliessend beantworten. Aufgrund der im Bericht des Zentrums für Schmerzmedizin F.____ vom 29. Juni 2017 angesprochenen anästhesiologischen Behandlungsoptionen ergeben sich aber immerhin Zweifel an der Schlüssigkeit der kreisärztlichen Auffassung, wonach die vom Versicherten geklagten verstärkten Schmerzen ausschliesslich Ausdruck einer somatoformen Schmerzstörung und somit psychisch bedingt seien.

6.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung des Kreisarztes Dr. E.____ bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 3.4 hiavor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffende versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben. Im Hinblick auf das weitere Vorgehen gilt es zu berücksichtigen, dass die Suva den medizinischen Sachverhalt bisher lediglich versicherungsintern durch einen Allgemeinmediziner hat beurteilen lassen. Hält man sich zum einen die Komplexität des Beschwerdebildes des Versicherten und zum andern die sich aus dem Untersuchungsgrundsatz ergebende Pflicht des Versicherungsträgers, den rechtserheblichen (medizinischen) Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG), vor Augen, so müssen die von der Suva im Verwaltungsverfahren getroffenen Abklärungen letztlich als nicht ausreichend bezeichnet werden. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, die Angelegenheit an die Suva zurückzuweisen. Diese wird nunmehr ein *versicherungsexternes* Gutachten mit fachärztlichen Untersuchungen in den Bereichen Handchirurgie und Neurologie einzuholen haben. Darin wird abzuklären sein, an welchen somatischen Unfallfolgen der Versicherte leidet und ob hinsichtlich dieser somatischen Unfallfolgen der medizinische Endzustand erreicht ist. Zudem werden die Gutachter, falls sie den medizinischen Endzustand als erreicht erachten, das Ausmass der unfallbedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen haben. Anschliessend wird die Suva gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

7.1 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.

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht - wie hier - einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 17. Mai 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8,42 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 80.10. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'185.10 (8,42 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 80.10) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

8.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person,

so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil K. des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil K. des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 30. Mai 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Suva zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'185.10 (inkl. Auslagen) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>