

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00129 vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00129

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00129 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00129 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1

2. April 2013 abgewiesen (Urk. 8/ 167 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm 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, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2.

E. 2

Gegen den Einspracheentscheid

der Suva vom 12. April 2013 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Mai 2013 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen. Insbesondere seien weiterhin Taggelder auszurichten, die Kosten der Heilbehandlungen seien zu übernehmen, möglicherweise seien eine Rente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 29. Juli 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Standpunkt, die unfallbedingte undislozierte P1-Schaftfraktur am Digitus III und das unfallbedingte Décollement des Handrückens seien folgenlos abgeheilt (Urk. 2 S. 3). Die TFCC-Läsion sah sie gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie, vom 4. und 5. Oktober 2012 sowie vom 9. April 2013 als nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt an (Urk. 2 S. 3 f.).

Zum im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, spez. Handchirurgie, hielt sie fest, dessen Begründung bezüglich der langen Latenz überzeuge nicht. Denn aufgrund des Erstbefundes im Spital Z.____ und der Lokalisation des Décollements müsse angenommen werden, dass das Überrolltrauma im Bereich der Mittelhand stattgefunden habe und nicht auf der Höhe des Handgelenks, weshalb die Eignung des Unfalls zur Herbeiführung der in Frage stehenden Verletzung fraglich sei. Hinzu komme, dass selbst Dr. B.____ eine krankheitsbedingte TFCC-Läsion nicht ausschliesse. Im Übrigen seien die Beschwerden im Handgelenk erst circa zehn Monate nach dem Unfall aufgetreten, wohingegen der Beschwerdeführer bereits ab dem 1. April 2011 wieder teilzeitlich gearbeitet habe. Dies spreche für die Einschätzung von Dr. A.____ und gegen jene von Dr. B.____ (Urk. 17).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde vor, seine Beschwerden an der rechten Hand liessen sich nicht, wie von der Suva gehandhabt, auseinanderhalten. Tatsache sei, dass er seine Tätigkeit nach dem Unfallereignis nie mehr zu 100 % ausüben könne. Erst bei der deswegen erfolgten vertieften Abklärung durch Dr. med. C.____, Leitender Arzt Handchirurgie, Spital D.____, sei die TFCC-Läsion rechts bemerkt worden. Daraus könne aber nicht geschlossen werden, dass diese Läsion vorher nicht vorhanden gewesen sei, nur weil vorher gar kein MRI angefertigt worden sei. Er habe denn auch durchgehend über Beschwerden geklagt (Urk. 1 S. 5 f.). Ebenso wenig überzeuge das Argument, dass jeder zweite 50-Jährige einen zentralen Diskusschaden degenerativer Genese aufweise, zumal bei ihm zusätzlich ein Riss am Rand, ansatznahe der Fovea, auszumachen sei (Urk. 1 S. 6). Insgesamt sei das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs nicht bewiesen (Urk. 1 S. 7 f.).

Zusammen mit der Replik reichte der Beschwerdeführer das Gutachten von Dr. B.____ (Urk. 14) ein und führte aus, weshalb dieses überzeugender sei als der kreisärztliche Bericht (vgl. Urk. 13). Des Weiteren äusserte er sich zur Höhe des Invaliditätsgrades (Urk. 13 S. 7).

3. 3.1

Unmittelbar nach dem Unfall diagnostizierten die Ärzte des Spital Z.____ eine undislozierte P1-Schaftfraktur des Digitus III rechts und ein Décollement des rechten Handrückens und operierten sogleich. Des Weiteren hielten sie

fest, die Strecksehnen seien freigelegt, indes unverletzt, und Gefässe und Nerven seien eben falls nicht verletzt worden (Urk. 8/3-4).

Bis Ende März 2011 wurde dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/13 S. 2, Urk. 8/18 S. 1, Urk. 8/19). Ab dem 1. April 2011 bestand dann wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/18 S. 2, Urk. 8/19). 3.2

Am 1. April 2011 fand eine Untersuchung durch den Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, statt (Urk. 8/25). Dabei berichtete der Beschwerdeführer, bei schwerer Arbeit sei er noch nicht beschwerdefrei. Auch bei Feinarbeit bekomme er nach etwa einer halben Stunde Schmerzen. Die Beweglichkeit im dominanten Mittelfinger rechts sei noch etwas eingeschränkt und bei stärkerer Belastung habe er noch etwas Schmerzen dorsal im Carpus (S. 2). Dr. E.____ beschrieb eine leichte Hypästhesie (verminderte Empfindung), ein deutlich aufgetriebenes PIP-Gelenk des rechten Mittelfingers, eine Sperrdistanz von anderthalb Zentimetern beim aktiven Faustschluss und ansonsten keine wesentlichen Einschränkungen der Beweglichkeit (S. 3). Er gab an, initial sei auch der rechte Ellbogen radiologisch abgeklärt worden, es habe sich jedoch keine unfallkausale ossäre Schädigung gezeigt. Es sei lediglich eine kleine Ansatzverkalkung der Trizepssehne zu erkennen gewesen (S. 3). Die Auftreibung des PIP und die dadurch bedingte erhöhte Sperrdistanz seien auf einen früheren Unfall zurückzuführen. Die Weichteilschädigung am rechten Handrücken sei abgeheilt. Die nicht dislozierte, distal intraartikulär reichende Längsfraktur der Grundphalanx III sei ebenfalls konsolidiert. Dr. E.____ empfahl den Fallabschluss etwa ein halbes Jahr nach der Verletzung und hielt fest, dass auch eine Ankylose oder eine Arthrodesis des PIP am rechten Mittelfinger die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken würde. Die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung sei ebenfalls nicht erreicht (S. 3 f.). 3.3

Nach einer per 27. Juni 2011 geplanten Steigerung des Arbeitspensums gab der Beschwerdeführer am 12. Juli 2011 gegenüber dem Spital F.____ an, die Steigerung sei aufgrund der Schmerzen nicht erträglich gewesen. Insbesondere berichtete der Beschwerdeführer über ein schmerzhaftes Spannen dorsalseits über der Gelenkkapsel (Urk. 8/47 S. 1). 3.4

Anlässlich des Gesprächs mit dem Suva-Aussendienstmitarbeiter G.____ vom 19. Oktober 2011 gab der Beschwerdeführer an, aktuell verspüre er zusätzlich Schmerzen im rechten Handgelenk. Es sei ein Röntgenbild geplant, welches zeigen werde, ob eine Befundänderung vorliege oder nicht (Urk. 8/66 S. 1).

3.5

Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Mai 2012 berichtete der Beschwerdeführer über eine Schwellneigung im Bereich des Mittelfingers bei ganztägiger Arbeit sowie über Schmerzen im rechten Ellbogen respektive vom Mittelfinger bis zum Oberarm hochziehende Beschwerden nach schwerer Arbeit (Urk. 8/109 S. 3). Des Weiteren gab er eine Hyposensibilität an (S. 4). Dr. A.____ gelangte nach seiner Untersuchung zum Schluss, die noch vorhandenen minimalen Beschwerden im Bereich der rechten Hand seien

unfallkausal, würden sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Ebenso wenig sei ein entschädigungspflichtiger Integritätsschaden entstanden (S. 6). 3.6

Gegenüber Dr. C.____ gab der Beschwerdeführer am 28. Juni 2012 an, aktuell bestünden Schmerzen sowie eine Schwellung im Bereiche des Handrückens, ausstrahlend in das Handgelenk, den Vorderarm und weiter nach proximal. Dies nach einem bis zwei Tagen schwerer Arbeit. Am 26. Juli 2012, nach 4-wöchiger 100%iger, aber im Vergleich zur angestammten Tätigkeit weniger anstrengender Arbeit klagte er über Schmerzen dorsalseits des Handgelenkes nach strenger Arbeit (Urk. 8/122 S. 3). Das Röntgenbild des rechten Handgelenkes vom 18. Juni 2012 zeigte eine Ulna-plus-Varianz und ansonsten unauffällige ossäre und artikuläre Verhältnisse. In seiner Beurteilung hielt Dr. C.____ fest, klinisch liege das Problem nun vor allem im Bereiche des Handgelenkes (S. 4). Daher meldete er den Beschwerdeführer für ein Arthro-MRI an. Zwischenzeitlich empfahl er die Beibehaltung eines 100%igen Arbeitspensums bei leichteren Arbeiten (S. 5). Am 13. August 2012 fügte Dr. C.____ nach einer erneuten Konsultation durch den Beschwerdeführer am 9. August 2012 an, bei den in der vorangegangenen Woche ausgeübten schwereren Arbeiten sei es erneut zu Schwellungszuständen und Schmerzen im rechten Vorderarm, ziehend bis zum Ellbogen, gekommen. Aktuell erscheine das klinische Bild einer posttraumatischen Epicondylitis

humeri

lateralis (Urk. 8/124).

Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer sodann eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 24. August 2012 (Urk. 8/126). 3.7

Die am 16. August 2012 durchgeführte

MRI-Untersuchung zeigte

einen kleinen fokalen Riss des TFCC im zentralen Anteil. Zusätzlich war ein Riss des TFCC am Rand beziehungsweise am Ansatz nah zur Fovea

ulnaris zu sehen. Im Übrigen wurden eine leichte Rhizarthrose sowie eine leichte STT-Arthrose beschrieben (Urk. 8/135 S. 1). Dr. C.____ befand, die geklagten Schmerzen im Bereiche des Handgelenkes seien mit dem MR-tomographisch verifizierten Befund einer TFCC-Läsion vereinbar. Die zusätzlich vorgefundenen Zeichen einer Epicondylitis

humeri

lateralis seien wahrscheinlich durch die wiederaufgenommene zusätzliche Belastung, möglicherweise auch Fehlbelastung, bedingt. Abschließend hielt er fest, eine 80%ige Arbeitsfähigkeit liege im Rahmen des Möglichen, eine 100%ige sei für belastende Tätigkeit hingegen vorläufig noch nicht gegeben (Urk. 8/132). 3.8

Der Kreisarzt Dr. A.____

hielt am 4. Oktober 2012 fest, die Unfallkausalität der TFCC-Läsion sei lediglich möglich, da über die Beschwerden erstmals Ende Juli 2012, also anderthalb Jahre nach dem Unfallereignis, geklagt worden sei (vorne angeheftet an Urk. 8/133). Die vorhandene Teilarbeitsunfähigkeit von 20% sei auf diese unfallfremde Störung zurückzuführen (Urk. 8/136). 3.9

Dem Bericht von Dr. C. ___ vom 26. Februar 2013 sind als Hauptdiagnosen noch die TFCC-Läsion rechts sowie eine leichte Rhizarthrose und STT-Arthrose rechts zu entnehmen. Er führte aus, der Beschwerdeführer klagt nach wie vor über ulnarseitige Handgelenksschmerzen, vor allem bei Drehbewegungen. Bei klinisch und MR-tomographisch persistierender TFCC-Läsion empfahl er eine Handgelenksarthroskopie. Zugleich bat er die Suva, die Kostenübernahme für diese wahrscheinlich traumatische TFCC-Läsion zu prüfen. Im Übrigen vertrat er die Ansicht, die Arbeitsfähigkeit sei bis zum 31. März 2013 limitiert noch bei 80 % zu belassen (Urk. 8/160). 3.10

In seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 9. April 2013 (Urk. 8/166)

gab Dr. A. ___ an, eine TFCC-Läsion entstehe durch einen Sturz auf das extendierte und radial-duzierte Handgelenk (S. 3). Daneben sei der Discus vielfältigen Verschleissprozessen ausgesetzt, weshalb degenerative Schäden im zentralen Abschnitt des Discus besonders häufig seien. Etwa bei jedem zweiten 50-Jährigen lasse sich ein solcher zentraler Discusschaden degenerativer Genese nachweisen.

Demnach sei beim 55-jährigen Beschwerdeführer mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer degenerativen Veränderung auszugehen. Angesichts der langen Zeitspanne zwischen dem Unfall und dem ersten Auftreten der Beschwerden könne keine akute Verletzung begründet werden

(S. 4). Dazu, dass der Beschwerdeführer dem Schadeninspektor am 19. Oktober 2011 Schmerzen im rechten Handgelenk angegeben hatte, merkte Dr. A. ___ an, diese seien nur vorübergehender Natur gewesen, denn in den folgenden Berichten des Spital F. ___ sei nicht über Handgelenksbeschwerden berichtet worden (S. 6). 3.11

Dr. B. ___ untersuchte den Beschwerdeführer am 28. Mai 2013 und erstattete gestützt darauf sowie unter Berücksichtigung der

Vorakten sein Gutachten vom 7. Juni 2013 (Urk. 14). Anlässlich der Untersuchung vom 28. Mai 2013 gab der Beschwerdeführer an, die Schmerzen dorsal am Handgelenk sowie die Schmerzen am distalen Radio-Ulnar-Gelenk (DRUG) seien nach der Wiederaufnahme seiner Arbeit zu 50 % (ab 1. April 2011) aufgetreten (Urk. 14 S. 9). Im Zeitpunkt der Begutachtung standen laut dem Gutachten von Dr. B. ___ Schmerzen am rechten Handgelenk (radial) sowie am DRUG im Vordergrund (S. 9-10). Die Schmerzen am DRUG seien auf eine TFCC-Läsion zurückzuführen (S. 15).

An der linken Hand sei der Beschwerdeführer indes schmerzfrei und vergleichbare Tests seien negativ ausgefallen (S. 12).

Epicondylitis

sei keine mehr nachweisbar (S. 12). Dr. B. ___ beurteilte die partielle Läsion des TFCC sowie die passagere Epicondylitis-humeri-lateralis rechts als unfallbedingt (S. 14). Unfallfremd sei hingegen die leichte Rhizarthrose rechts (S. 14).

Dr. B. ___ führte aus, die vorgängig behandelnden Ärzte hätten ihr Augenmerk stets auf das Mittelgelenk des Mittelfingers fokussiert, dessen Auffälligkeiten ins Auge gesprungen seien. Den übrigen Gelenken hätten sie zu wenig Beachtung geschenkt. So sei den erstbehandelnden Ärzten des Spital Z. ___ nicht aufgefallen, dass die Fraktur intraartikulär verlaufen sei (S. 15 f.). Auch die Sensibilitätsstörungen seien nicht oder nur sehr ungenau

erfasst worden

(S. 16 f.). Beim Unfallereignis habe der Beschwerdeführer sich ein aussergewöhnliches und schwerwiegendes Komplextrauma mit vielfältigen Auswirkungen, Frakturfolgen, schweren Nervenschäden und Schäden an Sehnengleitlagern und mehreren Gelenken zugezogen. Das Meiste könne nur bei eingehender klinischer Prüfung erfasst und nur Weniges radiologisch sichtbar gemacht werden (S. 17).

Das Unfallereignis sei zudem geeignet gewesen, auch einen Schaden am TFCC des DRUG zu verursachen. Denn die Druckkraft von dorsal auf das Handgelenk habe Schwerkraften hervorgerufen, welche bei solchen Mechanismen unweigerlich über den TFCC auf die stabilisierende Ulna übertragen würden. Dabei könnten vielfältige Verletzungsformen am Diskus entstehen, welche ohne repetitive Belastungen über eine längere Zeit weitgehend asymptomatisch verlaufen könnten und erst nach repetitiven Belastungen hervortreten (S. 18).

Dr. B. ___ schlussfolgerte, die Auffassung des Kreisarztes Dr. A. ___ , wonach die zu lange Zeitspanne zwischen Unfall und dem ersten Auftreten von Beschwerden die Kausalität nicht begründen könne, sei nicht nachvollziehbar. Es bestehe keine Latenzzeit nach dem Unfallereignis vom 1. Dezember 2010 bis zum Auftreten der ersten Beschwerden weder an der Mittelhand noch am Handgelenk radial, welche heute noch nachhaltig geklagt würden. Erst nach initialer Arbeitsaufnahme zu 50 % ab 1. April 2011 seien unter Belastungen erste Beschwerden am DRUG hinzugekommen, was geradezu typisch sei für Verletzungen am TFCC. Des Weiteren sei das Unfallereignis geeignet gewesen, eine TFCC-Verletzung zu verursachen. Krankheitsbedingte TFCC-Läsionen wären hingegen mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall unter voller beruflicher Belastung in Erscheinung getreten und nicht ausgerechnet nach längerem Arbeitsausfall und schon bei Aufnahme einer Teilarbeitsfähigkeit. Gegen eine degenerative Erscheinung spreche zudem die fehlende Symmetrie solcher Beschwerden am TFCC. Selbst unter der unweigerlich vermehrten Belastung der gesunden Hand anlässlich der Reintegration am angestammten Arbeitsplatz seien an der linken Hand noch keine ähnlichen Beschwerden aufgetreten. Mit hoher Wahrscheinlichkeit, wenn nicht sogar sicher, sei das Unfallereignis allein verantwortlich für sämtliche Schmerz-Lokalisationen (S. 19).

Krankhafte Vorzustände seien demgegenüber am Daumensattelgelenk rechts vorhanden. Beschwerden würden indes nicht geltend gemacht und hätten ohne hin kaum einen Einfluss auf die verminderte Leistungsfähigkeit (S. 20).

Angesichts des bisherigen Verlaufs, der vorliegenden Defektheilungen und der nachhaltigen Beschwerden sehe er keine realistische Möglichkeit, die 80%ige Arbeitsleistung in der angestammten, körperlich schweren Tätigkeit auf 100 % zu steigern (S. 20 f.). 4 . 4 . 1

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, der Beschwerdegegnerin sei der Beweis des Dahinfallens der Kausalität nicht gelungen, daher habe sie den Fall nicht abschliessen respektive die Leistungen nicht einstellen dürfen (Urk. 1 S. 4-5). Die Maxime, wonach der Unfallversicherer den Wegfall jeglicher Kausalität einer unfallbedingten Schädigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen hat, greift nur dort, wo der natürliche Kausalzusammenhang vorab bejaht und medizinisch auch ausgewiesen war. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin den natürlichen Kausalzusammenhang der TFCC-Läsion rechts mit dem Unfall vom

1. Dezember 2010 wiederholt als nur möglich bezeichnet. Gelingt der Nachweis eines Kausalzusammenhanges nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, trägt der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit (vgl. auch vorstehende E. 1.2) . 4 .2

Bezüglich der unfallbedingten undislozierten P1-Schaftraftkur Digitus III ist unbestritten geblieben, dass diese Verletzungen soweit abgeheilt sind, dass sie nicht mehr behandlungsbedürftig sind und auch die Arbeitsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigen. Dies legte Dr. A. ___ in seinem auf der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Mai 2012, den Vorakten sowie den Angaben des Beschwerdeführers basierenden Bericht nachvollziehbar dar. Am rechten Mittelfinger zeigten sich völlig reizlose Verhältnisse und die Beweglichkeit war nahezu seitengleich zu links frei (Urk. 8/109 S. 6-7). Die Fraktur zeigte sich auch bereits auf dem Röntgenbild vom 23. Februar 2011 konsolidiert (Urk. 8/18 S. 1).

Ebenso ist dem Gutachten von Dr. B. ___ zu entnehmen, dass die Schmerzen im Bereich der CMC-Gelenke II-IV, am radial-dorsalen Bereich des Handgelenks

sowie diejenigen am DRUG im Vordergrund stünden (Urk. 14 S. 15).

Die Hautverletzung am Handrücken war reizlos abgeheilt (Urk. 8/109 S. 4) und

die Epicondylitis

war abgeklungen (vgl. Urk. 14 S. 10, S.

E. 7

). Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien vollumfänglich an ihren Anträgen fest (Replik vom 5. November 2013, Urk. 13; Duplik vom 1

E. 9

. Dezember 2013, Urk. 17).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 12

und S. 14). Die leichte Rhizarthrose ist unfallfremd (Urk. 14 S. 14), wobei es sich auch beim beschriebenen carpe

bossu oder carpal

boss um eine arthrotische Gelenksveränderung an den CMC-Gelenken handelt (Urk. 14 S. 12 Fussnote).

Ebenso sind die arthrotischen

(vgl. Urk. 8/135 S. 1) Veränderungen am Daumensattelgelenk krankheitsbedingt (Urk. 14 S. 20). 4 .3

4 .3.1

Laut dem Bericht von Dr. A. ___ vom 9. April 2013 entsteht eine TFCC-Läsion durch einen Sturz auf das extendierte und radial-duzierte Handgelenk. Dabei könne der Discus

triangularis im ulnaren Handgelenk einreißen und dem Patienten vor allem Schmerzen bei Drehbewegungen bereiten (Urk. 8/166 S. 3). Überdies sei der Discus vielfältigen

Verschleissprozessen ausgesetzt. Degenerative Schäden fänden sich besonders häufig im zentralen Abschnitt des Discus . Bei kernspintomographischen Untersuchungen lasse sich etwa bei jedem zweiten 50-Jährigen ein solcher zentraler Discusschaden degenerativer Genese fest stellen. Beim 55-jährigen Beschwerdeführer sei demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer degenerativen Veränderung auszugehen (Urk. 8/166 S. 4). 4 .3.2

Gemäss dem Gutachten von Dr. B.____ war indes das Unfallereignis vom 1. Dezember 2010 geeignet, einen Schaden am TFCC des DRUG zu verursachen (Urk. 14 S. 19). Dies dadurch, dass die Druckkraft von dorsal auf das Handgelenk Scherkräfte hervorzurufen in der Lage gewesen sei, welche bei solchen Mechanismen unweigerlich über den TFCC auf die stabilisierende Ulna übertragen würden. Dabei könnten vielfältige Verletzungsformen am Diskus entstehen (Urk. 14 S. 18). 4 .3.3

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass

für die TFCC-Läsion grundsätzlich sowohl eine traumatische als auch eine degenerative Ursache in Frage

kommt .

Dr. B.____ führt e für seine Version an, dass an der gesunden Hand noch keine ähnlichen Beschwerden aufgetreten seien. Dies spreche eher gegen degenerative Erscheinungen (Urk. 14 S. 19). Dem ist entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer Rechtshänder ist (Urk. 14 S. 11)

und daher nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Verschleiss an der rechten Hand infolge des jahrzehntelangen Mehrgebrauchs weiter fortgeschritten ist als derjenige an der linken Hand.

Dr. B.____

führte diesbezüglich zwar an, seit dem Unfall werde die linke Hand vermehrt belastet (Urk. 14 S. 19). Besonders belastende Arbeiten wie das Hantieren mit schweren Bohrern übt e der Beschwerdeführer aber offenbar auch nach dem Unfall immer noch mit der rechten Hand aus

(Urk. 8/ 132 S. 2). 4 .3.4

Weiter führte Dr. B.____ aus, krankheitsbedingte TFCC-Läsionen neigten ohne repetitive und erhebliche Belastungen kaum dazu, Schmerzen zu verursachen. Sie träten in der Regel schleichend in Erscheinung. Sie wären seiner Auffassung nach mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall in Erscheinung getreten. Selbst wenn ein solcher Vorzustand vorhanden gewesen sei, müsste mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, das Unfallereignis habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt. Dass die Beschwerden erst bei der Wiederaufnahme der Arbeit aufgetreten seien, sei typisch für die Verletzung am TFCC (Urk. 14 S. 19) . 4 .3. 5

Der Verlauf stellte sich so dar, dass der Beschwerdeführer seine Arbeit am 1. April 2011 wieder zu 50 % aufnahm (vgl. vorstehende E. 3.1). Bereits zuvor hatte die behandelnde Ergotherapeutin in ihrem Bericht vom 21. Februar 2011 angegeben, bei Kraftanwendung verspüre der Beschwerdeführer einen ziehenden Schmerz über der Grundphalanx sowie radial und ulnar der Basis (Urk. 8/45 S. 3).

Am 8. April 2011 erfolgte eine Untersuchung durch die Ärzte des Spital Z.____, bei welchen der Beschwerdeführer über etwas Schmerzen im MP-Gelenksbereich nach anstrengenden Arbeiten mit der Hand berichtete, indes nicht über Beschwerden im Handgelenk (Urk. 8/23 S. 1).

Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. April 2011 klagte er dann über Beschwerden dorsal im Carpus (= Handwurzel; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26 3. Auflage 2012, S.

350) bei stärkerer Belastung der dorsal extendierten rechten Hand (Urk. 8/25 S. 2).

Dr. E.____ zog dennoch die Schlussfolgerung, der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt (Urk. 8/25 S. 4). Aus dem Bericht der Ergotherapeutin vom 26. April 2011 ist wiederum ein Klagen über einen ziehenden Schmerz über der Grundphalanx sowie radial und ulnar der Basis ersichtlich (Urk. 8/45 S. 5). Dem Bericht des Spitals F.____ vom 15. Juli 2011 ist hingegen nur ein Spannen dorsalseits über der Gelenkkapsel zu entnehmen (Urk. 8/47 S. 1).

Noch bei der Besprechung mit G.____, Aussendienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin, sowie dem Arbeitgeber vom 6. September 2011 klagte der Beschwerdeführer lediglich über Schmerzen im Mittelfinger sowie über reduzierte Kraft (Urk. 8/65 S. 1). Erst bei der folgenden Besprechung vom 19. Oktober 2011 gab er an, nebst den Schmerzen im Mittelfinger zusätzlich Schmerzen im rechten Handgelenk zu verspüren (Urk. 8/66 S. 1). Dem Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 3. Mai 2012 ist sodann die Angabe von

Schmerzen und einer Schwellneigung im Mittelfinger rechts sowie von Schmerzen im Ellbogen respektive vom Mittelfinger bis zum Oberarm hochziehende Beschwerden zu entnehmen (Urk. 8/109 S. 3). 4.3.6

Nach dem Gesagten wurde erstmals am 19. Oktober 2011, mithin gut zehn Monate nach dem Unfall und ein gutes halbes Jahr nach Wiederaufnahme der Arbeit über Schmerzen im Handgelenk berichtet. Berücksichtigt man die Ausführungen von Dr. B.____, wonach das erst spätere Auftreten typisch sei, spricht dies nicht von vornherein gegen eine Unfallkausalität. Der Umstand, dass etwas typisch ist, stellt aber noch keinen Beweis dar und die lange Zeitspanne zwischen dem Unfall und dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden bringt eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Unfallbedingtheit mit sich. Hinzu kommt, dass Dr. B.____ bei seiner Kausalitätsbeurteilung davon ausging, der Beschwerdeführer leide seit dem 1. April 2011 unter Beschwerden am DRUG (Urk. 14 S.

E. 15

). Diese Annahme steht jedoch nicht in Übereinstimmung mit der echtzeitlichen Aktenlage, nach welcher erstmals am 19. Oktober 2011 Schmerzen am Handgelenk beschrieben wurden. 4.3.7

Dass die Beschwerden am Handgelenk nicht ab der Arbeitsaufnahme konstant geklagt wurden, spricht eher für eine schleichende Entwicklung. Eine solche ist degenerativen Schäden immanently beziehungsweise deutet eine schleichende Entwicklung auf eine krankheitsbedingte TFCC-Läsion hin, was auch Dr. B.____ ausführte. Des Weiteren fügte er an, krankheitsbedingte TFCC-Läsionen neigten nicht dazu, ohne repetitive und erhebliche Belastungen zu Schmerzen zu führen (Urk. 14 S. 19). Genau nach repetitiven und

erheblichen Belastungen traten aber die Beschwerden im rechten Handgelenk des Beschwerdeführers auf. 4 .3. 8

Das Argument des Beschwerdeführers, dass er vor dem Unfall noch keine Beschwerden am rechten Handgelenk gehabt habe, vermag für sich allein keine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Ursache zu begründen. Denn

a us dem Fehlen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vor dem Unfall kann praxismässig (BGE 119 V 335 und Urteil des Bundesgerichts 8C_614/2007 vom 10. Juli 2008, E. 4.1.2 mit Hinweisen auf neuere Entscheide) nicht auf die Unfallkausalität von hernach aufgetretenen Beschwerden geschlossen werden (Formel „post hoc ergo propter hoc“). 4.4

Insgesamt ist sowohl möglich, dass die Beschwerden am rechten Handgelenk vom Unfall vom 1. Dezember 2010 herrühren, als auch , dass sie degenerativ bedingt sind, ohne dass eine der beiden Varianten eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat. Bei dieser tatsächlichen Ausgangslage ist nicht zu beanstanden, dass die Suva ihre Leistungen per 1. März 2013 eingestellt hat. Demzufolge ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. April 2013 abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.