

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00031

vom 1. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00031

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00031 du 1 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00031 del 1 luglio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 27. April 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 blosser 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

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglich erweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung 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 in fine).

Bei einem Rückfall obliegt es 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. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

rechts,

nachdem er am 29. April 2016 bei der A.____ eine radiologische Untersuchung hatte durchführen lassen, wobei eine Fraktur ausgeschlossen werden konnte (Urk. 8/23). Die Suva trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Ab 4. Juli 2016 (Urk. 8/16) wurde der Versicherte wieder vollumfänglich arbeitsfähig geschrieben.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Einspracheentscheid damit, dass die im Rückfall gemeldeten Beschwerden am rechten Zeigefinger (lediglich) mit dem Mass der Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalles seien. Die thematisierte Tendovaginitis stenosans der Beugesehne des rechten Zeigefingers sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht Folge des Unfalls. Auch ein geäussertes Verdacht auf einen Riss der Gelenkkapsel des Zeigefingergrundgelenks ulnarseitig finde keine Entsprechung in den medizinischen Berichten und sei nicht überwiegend wahrscheinlich Folge des Ereignisses vom 27. April 2016. Eine Subluxation der Strecksehnen sei darüber nicht zu erklären (Urk. 1 S.

10).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, auch auf der linken, durch das Unfallereignis unverletzt gebliebenen Seite, sei eine minimale Subluxationstendenz der Extensor digitorum

communis - und Extensor indicis

proprius - Sehne nach ulnar nachgewiesen worden. Damit sei bei diesem Befund von einer nicht durch das Unfallereignis verursachten Verletzung der Strecksehne links auszugehen. Der Umstand links- wie rechtsseitig gleichartiger Befunde spreche gegen eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität (Urk.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass die Beschwerdegegnerin mehrfach Beurteilungen von ihrem Kreisarzt eingeholt und schliesslich darauf abgestellt habe, obwohl die behandelnden Ärzte wie auch der Vertrauensarzt der Krankenkasse erläutert hätten, dass die Beschwerden am rechten Zeigefinger unfallbedingt seien. Insbesondere seien dem Kreisarzt anlässlich seiner letzten Beurteilung nicht sämtliche Informationen und Berichte zur Verfügung gestanden. Aufgrund der nachvollziehbaren Begründung des behandelnden Facharztes sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerden auf den Unfall vom 27. April 2016 zurückzuführen seien. Ebenfalls müsse die adäquate Kausalität bejaht werden, zumal auch aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung und nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge zu erwarten sei, dass der Zeigefinger die beschriebene Unfallschädigung erlitten habe, wenn doch eine 20 kg schwere Kiste auf ihn falle (Urk. 1). Im Rahmen der Replik führte der Beschwerdeführer aus, dass die Beurteilung der Unfallkausalität durch einen neutralen Handchirurgen erfolgen solle. Hinsichtlich der Einschätzung des Hausarztes sei zu betonen, dass das Sehnenschnappen ärztlich dokumentiert worden sei, auch wenn der Hausarzt dies nicht weiter abgeklärt habe beziehungsweise habe abklären lassen. Das Arzteugnis UVG von Dr. Z. ___ falle äusserst knapp aus, weshalb es nicht verwundere, dass das Sehnenschnappen nicht notiert worden sei. Dieses sei aber die gesamte Zeit vorhanden gewesen, wie dies einem späteren Bericht entnommen werden könne (Urk. 11).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von keinem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem besagten Unfall und den geklagten Beschwerden am rechten Finger ausging und demzufolge einen Rückfall zum Unfall vom 27. April 2016 verneinte. 3.3.1.1

Der erstbehandelnde Arzt und zugleich Hausarzt des Beschwerdeführers

Dr. Z.____

stellte in seinem UVG-Arztzeugnis vom 16. September 2016 (Urk. 8/17) die Diagnose eines Distorsionstraumas MIP

Dig 2 rechts. 3.1.2

Im UVG-Arztzeugnis zum Rückfall vom 19. Juli 2017 (Urk. 8/25) stellte Dr. Z.____ keine klare Diagnose und gab eine wahrscheinliche Sehnenproblematik Dig 2 rechts an. Durch ein Anstossen sei das vorherige Trauma reaktiviert worden und der Beschwerdeführer habe nun eine schnappende Sehne über dem Grundgelenk sowie eine Schwellung MIP

Dig 2 rechts. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH speziell Handchirurgie, hielt in seinem Bericht vom 21. Juli 2017 (Urk. 8/32/2) als Diagnose eine ätiologisch nicht ganz klare Irritation des Zeigefingers rechts nach Kontusionstrauma fest. Zudem führte er aus, dass sich bei aspektmässig unauffälligem Zeigefinger heute eine diskrete Druckdolenz

dorsoulnar über dem PIP-Gelenk finde. Das Gelenk selber sei unauffällig ohne synovialitische Veränderungen. Im Bereich des MP-Gelenks komme es bei aktiver Flexion des Zeigefingers zu einer Subluxation der Strecksehne nach ulnar, was das bekannte Knacken auslöse. Die übrigen Untersuchungsbefunde seien normal. 3.3

Dr. med. C.____, Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am D.____, nannte in seinem Bericht vom 5. Oktober 2017 (Urk. 8/41) als Diagnose eine Läsion der radialen Streckerhaube am Zeigefinger rechts. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien intakt. Beim Faustschluss komme es zur Luxation der Strecksehne des Digitus II nach ulnar. Die seitliche Stabilität des MCP-Gelenks zeige sich uneingeschränkt ebenso wie die Flexorensehnen. 3.4.

Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 21. Oktober 2017 (Urk. 8/42 S. 2) fest, dass die geltend gemachten Fingerbeschwerden rechts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Ereignis vom 27. April 2016 seien. Das symptomfreie Intervall sei vom 22. September 2016 bis 12. Juli 2017 gewesen. 3

In seiner Beurteilung vom 7. November 2017 (Urk. 8/70) ergänzte Dr. E.____, ein Distorsionstrauma des Metacarpophalangealgelenks sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht geeignet, eine Läsion der radialen Streckerhaube am Zeigefinger herbeizuführen.

3.5

Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie speziell Handchirurgie, hielt in seinem Arztbericht vom 28. November 2017 (Urk. 8/83) zu Händen des überweisenden Hausarztes folgende Diagnosen fest: - Verdacht auf posttraumatische Tendovaginitis stenosans D II rechts - Verdacht auf Gelenkkapselriss MP-Gelenk II rechts

Zudem führte Dr. F.____ aus, er habe eine minime Subluxationstendenz der Extensor digitorum

communis - und Extensor indicis

proprius -Sehne nach ulnar gefunden. Das gleiche Phänomen finde sich auch auf der linken Seite. Das minime Abrutschen der Strecksehnen an beiden Zeigefingern sei nicht schmerzhaft und es bestehe keine Druckdolenz über dem Ringband A1 des Zeigefingers rechts mit Reibegeräuschen oder Beugesehnen. Intermittierend bestehe ein feines hörbares Klickphänomen und eine leichte Druckdolenz im Bereich des ulnodorsalen MP-Gelenkspaltes und des Ursprungs des ulnaren Kollateralbandes. Die Hauptbeschwerden würden von der Beugesehne stammen, welche druckdolent sei und Reibegeräusche im Bereich des Ringbandes A1 verursache. Beim Anspannen der Beugesehnen gegen Kraft würden die Schmerzen zunehmen. 3.6

Nach Kenntnisnahme des Verlaufs und Durchsicht der bisherigen Akten und Bildgebung kam Kreisarzt med. pract. G.____, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie, mit Beurteilung vom 18. Dezember 2018 (Urk. 8/103) zum Schluss, dass wenn an paarigen Organen (hier den oberen Extremitäten) gleichartige Veränderungen vorliegen und kein Unfall dokumentiert sei, der gleichermaßen beide Organe betroffen habe, gleichartige Veränderungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht die Folge eines nur auf einer Seite einwirkenden Traumas seien. Nach der derzeitigen Aktenlage sei es daher nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern nur wahrscheinlich, dass die Läsion der Streckerhaube am Grundgelenk des Zeigefingers der rechten Hand Folge des Unfalls vom 27. April 2016 sei. Damit seien die am 12. Juli 2017 im Rückfall gemeldeten Beschwerden nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, sondern nur mit der Mass der Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 27. April 2016. Für eine Unfallkausalität der Veränderung an der Streckerhaube würden der Befund der Sonographie und die lange Zeit der Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall sprechen. Klinische Befunde seien zeitnah zum Unfall nur rudimentär dokumentiert. Gegen die Unfallkausalität spreche, dass an der linken Hand gleichartige Veränderungen dokumentiert seien. Die von Dr. F.____ diagnostizierte Tendovaginitis stenosans der Beugesehnen des Zeigefingers sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht Folge des Unfalls vom 27. April 2016. Auch der von Dr. F.____ geäußerte Verdacht auf einen Riss der Gelenkkapsel des Zeigefingergrundgelenks ulnarseitig finde keine Entsprechung in den vorliegenden medizinischen Berichten der anderen Ärzte und sei nicht überwiegend wahrscheinlich Folge des Ereignisses vom 27. April 2016. Eine Subluxation der Strecksehnen sei darüber nicht zu erklären (S. 6 f.). 3.7

Am 1. Februar 2019 (Urk. 3) berichtete Dr. F.____ zu Händen des Beschwerdeführers, dass der Zeigefinger beim Unfall in eine Hyperextension gebracht worden sei. Aufgrund des Unfallmechanismus müsse man annehmen, dass durch die Überstreckung des Fingers im Grundgelenk ein Riss im Bereich der Beugesehnen scheide und eventuell auch der Gelenkkapsel entstanden sei. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe der Zeigefinger nach dem Unfall während einigen Tagen bei Flexion und Extension schmerzhaft geschneilt. Es sei anzunehmen, dass auch das PIP-Gelenk von der Hyperextension/Distorsion betroffen worden sei. Dadurch seien die Schmerzen und Schwellungen im Bereich des PIP-Gelenkes erklärt.

Intermittierende Schnellphänomene der Beugesehnen bei Status nach Hyperextension im MP-Gelenk würden immer wieder beobachtet, sie könnten bei Entlastung verschwinden, träten bei Belastung wieder auf. Da er - Dr. F.____ - bei der Untersuchung nur eine symmetrische geringfügige Subluxation der Strecksehnen gefunden habe, aber eine deutliche Druckdolenz im Bereich des Ringbandes A1, welche auf zwei

Kortisoninjektionen vollständig verschwunden seien, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Tendovaginitis stenosans unfallbedingt, insbesondere da diese Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten seien. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht gestützt auf den Kreis arztbericht von pract. med. G.____ (E. 3.6 hiervor) vom 1 8. Dezember 201 8. Dieser wies in seiner Aktenbeurteilung darauf hin, dass der Beschwerdeführer nach seiner Arbeitsunfähigkeit als Folge des Unfalls am 27. April 2017 zwischen dem 2 2. September 2016 und 1 2. Juli 2017 beschwerdefrei war, bevor er im Juli 2017 wegen erneuten Beschwerden bei seinem Hausarzt vorstellig wurde. Er legte aus serdem dar, dass gleichartige Veränderungen an der linken und grundsätzlich unverletzten Hand gefunden wurden , was gegen eine Unfallkausalität spreche . Er begründete, dass Dr. F.____ (E. 3.5 hiervor) lediglich den Verdacht auf eine Tendovaginitis stenosans an Dig . II rechts und auf einen Gelenkkapselriss am MP-Gelenk Dig . II recht s

geäussert und somit zum Ausdruck gebracht habe , dass er dies nur für möglich und nicht für sicher halte. Des Weiteren legte med. pract. G.____ dar, dass Dr. C.____ im Rahmen seiner Untersuchung am 2 6. September 2017 (E. 3.3 hiervor) noch völlig unauffällige Durchblutung, Motorik, Sensibilität und Flexorensehnen festgestellt hat te und die Beschwerden mit der Beugesehne erst bei der Untersuchung durch Dr. F.____ am 2 8. November 2017 (E. 3.5 hiervor) Erwähnung gefunden hätten . Eine Rückfallkausalität erachtete er deshalb als nicht überwiegend wahrscheinlich gegeben . Die Ausführungen des Kreisarztes sind schlüssig, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet. 4.2

Bei einem Rückfall obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natür lichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwie genden Wahrscheinlichkeit nachzuweis en. Je grösser der zeitliche Ab stand zwi schen dem Unfall und dem Auftr eten der gesundheitlichen Beein trächtigung ist, desto strengere Anforderu ngen sind an den Wahrscheinlich keitsbeweis des natür lichen Kausalzusammenha ngs zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 2 1. August 2015 E. 2.2.2) . Bei Beweislosig keit fällt der Ent scheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfall ereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brücken symptome gegeben sind (Urteil des Bun desgerichts 8C_331 /201 5 vom 21. August 2015 E. 2.2.2 und 8C_589/2017 vom 2 1. Februar 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 4.3

Da erstmals im Rahmen der hausärztlichen Konsultation am 1 9. Juli 2017 (vor stehend E. 3.1.2) - mithin 15 Monate nach dem Unfallereignis vom 2 7. April 2016 - ein Sehnenschnappen dokumentiert wird, fehlt es vorliegend an eindeutigen Brückensymptomen zum besagten Unfall. Das Schreiben des Hausarztes Dr. Z.____ vom 6. Oktober 2017 (Urk. 8/39) vermag daran nichts zu ändern. Daraus geht hervor, dass er das Sehnenschnappen ,

welches er als anamnestisch die ganze Zeit vorhanden bezeichnete , nicht persönlich gesehen hat . Dies spricht für den Umstand, dass Dr. Z.____ die Information über das durchgehende Vorhandensein des Sehnenschnappens vom Beschwerdefü hrer übernommen hat . Der Befund wurde zudem nicht echtzeitlich dokumentiert und ist damit nicht belegt. Der Hin weis von Prof. Dr. H.____ (Urk. 8/86 /3) , wonach die Läsion der radialen Stre

ckerhaube am rechten Zeigefinger traumatisch durch die Kontusion des MCP -Gelenks Dig . II am 27. April 2016 bedingt sei und es sich um die Folgen eines direkten Schlags auf die Extensorenhaube handle, vermag einen natürlichen Kausalzusammenhang nicht zu belegen. Wie die Beschwerdegegnerin dazu treffend ausführt, mangelt es dieser Beurteilung an einer medizinisch nachvollziehbaren Begründung. Es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern sich Prof. Dr. H.____ mit den übrigen Berichten auseinandergesetzt hat und wie er zu seiner Einschätzung gekommen ist.

Selbst wenn der Beschwerdeführer gelegentlich unter gewissen Symptomen litt, kommt diesen nicht die Eigenschaft eindeutiger Brückensymptome zu. Jedenfalls waren sie nicht derart erheblich, dass sie eine Behandlung erforderlich machten oder zu einer Arbeitsunfähigkeit führten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2010 vom 17. August 2010 E. 3.2.2). Bei dieser Ausgangslage und fehlender Dokumentation von anhaltenden Beschwerden ist damit nicht erstellt, dass die neu aufgetretenen Beschwerden durch den Unfall bedingt sind. Nicht einleuchtend ist sodann, dass zwei erfolgreiche Kortisoninjektionen für die Verursachung der Problematik durch den Unfall sprechen sollen. Es ist nicht erkennbar, weshalb nicht auch ein krankheitsbedingtes entzündliches Geschehen Ursache sein könnte.

Es ist daher auf die schlüssige und nachvollziehbare Einschätzung von pract. med. G.____ abzustellen, wonach die geltend gemachten Fingerbeschwerden rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht kausal zum Unfall vom 27. April 2016 sind. Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, auf die Beurteilung von pract. med. G.____

könne mangels Objektivität aufgrund des Anstellungsverhältnisses zur Beschwerdegegnerin nicht abgestellt werden (Urk.

E. 6

) sowie der

Beschwerdeführerin vom 28. November 2017 und 15. Januar 2018 (Urk. 8/82 und Urk. 8/85) wies die Suva mit Entscheid vom 20. Dezember 2018 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 1. Februar 2019 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu gewähren (1.), eventualiter sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine neutrale Begutachtung in Auftrag zu geben, woraufhin neu zu entscheiden sei (2.).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2019 (Urk. 7) Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 20. Mai 2019 (Urk. 11) und Duplik vom 21. Juni 2019 (Urk. 14) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Die Duplik wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 24. Juni 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 7

S. 7).

E. 11

S. 2), ist auf die höchst richterliche Praxis zu verweisen, wonach ein Anstellungsverhältnis für sich nicht auf fehlende Objektivität schliessen lässt (E. 1.4). Sodann handelt es sich

beim massgebenden Bericht von Dr. G.____ um eine Aktenbeurteilung und damit eine Interpretation bereits vorliegender Berichte. Hierbei findet sich keine Akten widrigkeit, sondern im Gegenteil eine detaillierte und schlüssige Darlegung der medizinischen Zusammenhänge unter Bezugnahme auf die echtzeitlich erhobenen Untersuchungsresultate. 4. 4

Zusammenfassend ist der Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den geltend gemachten Fingerbeschwerden rechts und dem Unfall vom 27. April 2016 nicht erbracht worden. Dementsprechend erweist sich der Einspracheentscheid vom 20. Dezember 2018 als rechtsens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen - namentlich eine neutrale Abklärung - durchzuführen (Urk. 1), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand ist hinreichend abgeklärt. Von weiteren Abklärungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - Suva - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GräubBabic

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