

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00053 vom 19. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00053

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00053 du 19 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00053 del 19 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Die 1960 geborene X.____

ist seit dem 12. Mai 1989 bei der Y.____ – zu Beginn als Krankenpflegerin, später als Stationsleiterin - angestellt und dadurch bei der HDI Global SE, Hannover, Niederlassung Zürich/Schweiz (nach folgend: HDI Global SE) , obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 14. April 2016 stolperte sie gemäss Schadenmeldung vom 9. Juni 2016 und Fragebogen vom 27. Juli 2016 auf einer Treppe über die zweitletzte Stufe, fiel auf die Knie und verletzte sich beim Abstützen mit der Hand das rechte Handgelenk (Urk. 14/K1 , 14/K4). Die medizinische Erstbehandlung erfolgte am 19. Mai 2016 bei der Hausärztin Dr.

med.

Z.____ , Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 14/K4). Am 2. Juni 2016 brachte eine MR- Arthrographie im A.____ eine komplexe Läsion des TFCC und eine Rhizarthrose zur Darstellung (Urk. 14/M1). In der Folge fand

am 25. Juli 2016 eine Konsultation bei Dr. med.

B.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, statt (Urk. 14/M3). Die HDI Global SE übernahm die bis dahin entstandenen Behandlungskosten. Am 30. Oktober 2017 suchte X.____ aufgrund der Beschwerden am Handgelenk erneut Dr. B.____ auf, welcher eine Synovitis der Extensorensehnen

feststellte (Urk. 14/M5). Am 5. Dezember 2017 wurde

X.____ von

Dr. med. Dr. sc. nat. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, untersucht, welcher aufgrund der von ihm diagnostizierten posttraumatischen Tendovaginitis des 4. Strecksehnenfaches mit chronischer posttraumatischer Strecksehnen-synovitis

der Extensor digitorum

communis

Sehne am 3. Strahl der rechten Hand die Durchführung einer

Synovektomie

empfahl (Urk. 14/M6) . Die Operation fand am 15. Januar 2018 statt (Urk. 14/M8) . Mit Mitteilung vom 12. März 2018 und Verfügung vom 5. Juni 2018 lehnte die HDI Global SE gestützt auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. med.

D.____, Facharzt FMH für Allgemeinere Medizin (Urk.

14/M7, 14/M12, 14/M14) , die Übernahme der Operationskosten ab und verneinte eine Leistungspflicht ab dem 1. Juni 2017 (Urk. 14/K18, 14/K35). Die dagegen erhobene Einsprache vom 14. Juni 2018 (Urk. 14/ K37) wies sie mit Entscheid vom 2

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 14. 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

Gemäss Art.

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.4

).

E. 1.5

). Folglich ist auch der vorerst administrativ formlose und später mit Verfügung vom 5. Juni 2018 (Urk. 14/K35) per Ende Mai 2017 vorgenommene Fallabschluss nicht zu beanstanden.

E. 1.6

Die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht der Versicherte die Beweislast für das überwiegend wahrscheinliche Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b in fine S. 264 mit Hinweisen).

E. 1.7

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.8

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art.

E. 1.9

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14. April 2016 für die über den Mai 2017 hinaus geltend gemachten Handbeschwerden beziehungsweise insbesondere für die Behandlungen ab Oktober 2017 eine Leistungspflicht trifft. Unbestritten und aufgrund der vorliegenden Akten ausgewiesen ist hingegen, dass der gesetzliche Unfallbegriff gemäss Art. 4 ATSG erfüllt und der

Kausalzusammenhang für die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Handbeschwerden gegeben ist (Urk. 1 S. 9,

E. 4

. Januar 2019 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.____ am 26. Februar 2019 Beschwerde mit dem Antrag, die HDI Global SE sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen nach UVG auch nach dem 31. Mai 2017 bis zur Erreichung des medizinischen Endzustandes weiter auszurichten. Eventualiter sei sie zu verpflichten, auf den Rückfall einzutreten und die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG ab dem 20. Oktober 2017 zuzusprechen. Subeventualiter sei sie zu verpflichten, auf der Grundlage einer Berufskrankheit die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG für die Zeit ab dem 20. Oktober 2017 zuzusprechen oder entsprechende Abklärungen zu tätigen. Subsubeventualiter sei ein neutrales, handchirurgisches Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG auf Kosten der HDI Global SE anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2019 schloss die HDI Global SE auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 13). Am 9. September 2019 reichte die Beschwerdeführerin eine Replik ein (Urk. 17). Die Beschwerdegegnerin erstattete am 13. Dezember 2019 ihre Duplik (Urk. 23), wovon die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 16. Dezember 2019 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 24). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermag die Einschätzung des die Beschwerdegegnerin beratenden Arztes Dr. D.____ zu überzeugen, was nachfolgend darzulegen ist.

E. 4.2

Dr. D.____ stellte auf die von Dr. B.____ und Dr. C.____ erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen ab und begründete nachvollziehbar, dass die ab Oktober 2017 geltend gemachten Beschwerden nicht auf den Unfall vom 14. April 2016 zurückzuführen sind. Insbesondere legte er hierzu schlüssig dar, dass im Anschluss an das Unfallereignis keine traumatischen objektivierbaren strukturellen Läsionen – insbesondere keine Band- und Sehnenverletzungen oder Zeichen einer Tendinitis – nachgewiesen werden konnten. Die im MRI vom 2. Juni 2016 ersichtliche TFCC-Läsion und Rhizarthrose wurden von Dr. B.____ ausdrücklich als degenerativ bezeichnet. Damit hat das beim Sturz vom 14. April 2016 erlittene Hyperextensionstrauma lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des relevanten degenerativen Vorzustandes geführt.

Da bei Distorsionen und Kontusionen ohne strukturelle Verletzungen mit Beschwerden von einigen Wochen bis Monaten zu rechnen ist (vgl. E. 3.6, 3.8, 3.9),

war der Status quo sine vel ante spätestens im Mai 2017 erreicht und der Kausalzusammenhang für die noch bestehenden Beschwerden entfallen (vgl. E.

E. 4.3

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie seit dem Unfall vom 14. April 2016 ununterbrochen an Beschwerden im Sinne von Brückensymptomen gelitten habe (Urk. 1 S. 9 ff.), vermag sie nicht durchzuzeigen. Nach der Konsultation bei

Dr. B.____ am 25. Juli 2016 (Urk. 14 / M3) befand sich die Beschwerdeführerin bis zur erneuten Vorstellung beim gleichen Arzt am 30. Oktober 2017 (Urk. 14/M5) nicht mehr

in ärztlicher Behandlung. Gemäss

dem Bericht von Dr. B.____ vom 31. Oktober 2017 berichtete die Beschwerdeführerin am 30. Oktober 2017 zwar, die Beschwerden seien seit dem Sommer 2016 kaum rückläufig gewesen und vor zehn Tagen sei eine Episode mit stärksten Handgelenkschmerzen und massiver Schwellung des Handrücken aufgetreten (Urk. 14/M5). Jedoch liegen für die Zeit zwischen dem Ende der Behandlung bei Dr. B.____ am 25. Juli 2016 und dem neuerlichen Arztbesuch am 30. Oktober 2017 keine relevanten zeitlichen ärztlichen Befunde über Handgelenkschmerzen vor, geschweige denn ärztliche Stellungnahmen zur Kausalität solcher Beschwerden. Auch lassen sich den Akten keine Anhaltspunkte für allfällige Arbeitsunfähigkeiten in diesem Zeitraum entnehmen. Dr. B.____ hatte denn am 25. Juli 2016 festgehalten, die Beschwerdeführerin sei zu jedem Zeitpunkt 100% arbeitsfähig gewesen, was selbstverständlich so belassen werde (Urk. 14/M3). Unter diesen Umständen - sowie vor dem Hintergrund, dass nicht nur

Dr. D.____ von einer maximal einjährigen Dauer der Handbeschwerden ausging, sondern auch Dr. B.____ am 25. Juli 2016 eine günstige Prognose stellte und lediglich Eigenübungen, ohne Auflage von Restriktionen, sowie das Abwarten des Spontanverlaufs empfahl (Urk. 14/M13) - ist das Bestehen unfallkausaler Handgelenksbeschwerden im Sinne von Brückensymptomen nicht ausgewiesen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8 C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 4 mit Hinweisen). Der formlose Fallabschluss (vgl. Urk. 14/M4) ist damit nicht zu beanstanden (vgl. hierzu insbesondere Urteil des Bundesgerichts 8C_947/2009 vom 18. März 2010 E. 2.2), weshalb im Folgenden zu prüfen ist, ob die ab Oktober 2017 behandelten Beschwerden

einen Rückfall zum Unfall vom 14. April 2016 darstellen. Die Beweislast für die Unfallkausalität liegt bei der Beschwerdeführerin (E. 1.8). 4.4

Die Beschwerdeführerin verwies diesbezüglich insbesondere auf die Berichte von Dr. C.____, welcher ausführte, dass keine krankhafte rheumatologische Begleitsymptomatik vorgelegen habe und die diagnostizierte Tendovaginitis stenosans des 4. Strecksehnenfaches bei ehemaliger Distorsion hochwahrscheinlich unfallkausal sei. Auch der

von PD Dr. F.____ erhobene Pathologiebefund habe

massive Veränderungen der Sehnen beschrieben (Urk. 1 S. 11, E. 3.7).

Hierzu erklärte Dr. D.____ schlüssig, dass Sehnencheidenentzündungen verschiedene Ursachen (mechanische Belastung, Infektionen, rheumatische Entzündungen, Trauma) haben können, weshalb allein mit dem Ausschluss einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis noch keine Unfallkausalität erstellt ist. In den meisten Fällen kann die Ursache von Tendovaginitiden denn auch nicht gefunden werden. Damit die Unfallkausalität der Tendovaginitis bewiesen werden könnte, bedürfte es in Echtzeitakten und zeitnaher Untersuchung im Gebiet des 3. Strahls Befunde, welche für ein Trauma sprechen könnten (E. 3.8

-

3.9). Die Beschwerdeführerin wurde handchirurgisch abgeklärt und zum Zeitpunkt der Erstuntersuchungen waren keine Pathologien am Mittelstrahl nachgewiesen worden. Damit lässt sich bei einem Leiden, das sowohl traumatisch als auch krankheitsbedingt vorliegen

kann, eine Unfallfolge nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit beweisen. Auch aufgrund der Histologie lässt sich eine Unfallkausalität nicht erstellen, da der Befund gemäss Ausführungen von Dr. D.____ lediglich mit einem Trauma vereinbar, aber ebenso auch degenerativ möglich ist (Urk).

E. 4.5

Bei der Beurteilung von Dr. D.____ schadet sodann nicht, dass dieser die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hat, da auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommt, sofern – wie im konkreten Fall – ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Mit den Befunderhebungen und der Diagnosestellung durch die auf Handchirurgie spezialisierten Fachärzte Dr. B.____ und Dr. C.____ wurde der medizinische Sachverhalt eingehend abgeklärt. Ausgehend von dieser Grundlage hat Dr. D.____ lediglich die Ursache der Beschwerden unterschiedlich beurteilt, ohne sich dabei über die erhobenen Befunde oder die Diagnosestellung hinwegzusetzen. Eines spezifischen Facharztstitels bedurfte er

für diese Würdigung des bestehenden medizinischen Sachverhalts

nicht. Bei dieser Ausgangslage ist kein Grund ersichtlich, weshalb Dr. D.____ die Kompetenz abzuspochen wäre, die Frage zu beantworten, ob die im Oktober 2017 unstrittig bestehenden Beschwerden auf den Unfall vom 14. April 2016 zurückzuführen sind. 5.

Zu prüfen bleibt, ob – wie die Beschwerdeführerin vorbringt – eine Berufskrankheit im Sinne des UVG vorliegt. 5.1

Nach Art. 9 Abs. 1 UVG gelten als Berufskrankheiten Krankheiten (Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 UVV hat er in Anhang I zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt. Nach der Rechtsprechung ist eine «vorwiegende» Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen. «Ausschliessliche» Verursachung hingegen meint praktisch 100 % des ursächlichen Anteils der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit (BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweis). Als Berufskrankheiten gelten nach Art. 9 Abs. 2 UVG auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen könnten, dass die bundesrätliche Liste gemäss Anhang I zur UVV entweder einen schädigenden Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde (BGE 119 V 200 E. 2b mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des «ausschliesslichen oder stark überwiegenden» Zusammenhangs gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 126 V 183 E. 2b, 119 V 200 E. 2b mit Hinweis; RKUV 2000 Nr. U 408 S. 407). Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind gemäss Art. 9 Abs. 3 UVG Berufskrankheiten von ihrem Ausbruch an einem Berufsunfall

gleichgestellt. Sie gelten als ausgebrochen, sobald die betroffene Person erstmals ärztlicher Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) ist.

Im Rahmen von Art. 9 Abs. 2 UVG ist grundsätzlich in jedem Einzelfall darüber Beweis zu führen, ob die geforderte stark überwiegende (mehr als 75%ige) bis ausschliessliche berufliche Verursachung vorliegt (BGE 126 V 183 E. 4b am Ende). Angesichts des empirischen Charakters der medizinischen Wissenschaft (BGE 126 V 183 E. 4c am Anfang) spielt es für den Beweis im Einzelfall eine entscheidende Rolle, ob und inwieweit die Medizin, je nach ihrem Wissensstand in der fraglichen Disziplin, über die Genese einer Krankheit im Allgemeinen Auskunft zu geben oder (noch) nicht zu geben vermag. Wenn aufgrund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür besteht, dass eine berufsbedingte Entstehung eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann, dann schliesst dies den (positiven) Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Einzelfall aus (Urteil des Bundesgerichts U 71/05 vom 9. August 2006 E. 4.3.1). 5.2

Die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Tendovaginitis stenosaans De Quer vain entspricht unbestrittenermassen nicht der im Anhang zur UVV aufgeführten «sogenannten Sehnenscheidenentzündung» (Peritendinitis

crepitans [Urteil des Bundesgerichts 8C_99/2009 vom 3. Juli 2009 E. 3.2]). Somit kann das Leiden der Beschwerdeführerin nur im Rahmen von Art. 9 Abs. 2 UVG und folglich nur dann als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn es zu mindestens 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist. 5.3

Dr. D.____ hielt fest, dass sich bei der Tendovaginitis de Quervain eine geschlechtsspezifische Verteilung zeige, indem sie bei weiblichem Geschlecht etwa fünfmal häufiger auftrete. Auch würden epidemiologische Daten darauf hinweisen, dass aufgrund des Häufigkeitsgipfels bei Frauen ein hormoneller Einfluss bestehe. Meist würden keine Ursachen gefunden, gelegentlich ein akutes Trauma oder arbeitsbedingte Ursachen. Der Stellenbeschrieb der Beschwerdeführerin weise eine fachliche und personelle Führung der unterstellten Mitarbeiter aus, wirtschaftliches Denken und Handeln in Bezug auf den kostenbewussten Einsatz der Mitarbeitenden sowie Mitarbeit im Pflegealltag auch als Bezugsperson. Aufgrund dieser Beschreibung könne eine berufsbedingte Tendovaginitis de Quervain nicht bestätigt werden. Im Vergleich zum Alltag sowie zur Hausarbeit lasse sich eine berufsspezifische Assoziation nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit von 75 % begründen, weshalb eine Berufskrankheit nicht bestätigt werden könne (Urk. 14/M15). Diese Beurteilung ist schlüssig und überzeugend. Insofern die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie bis ins Jahr 1999 als Pflegerin gearbeitet und damit Handgelenk und Finger stark belastet habe (Urk. 17 S. 4), kann ihr nicht gefolgt werden. Aufgrund der langen Latenz von fast 20 Jahren bis zum Auftreten der Tendovaginitis stenosaans de Quervain und der Tatsache, dass meist keine Ursache hierfür gefunden werden kann, ist auch unter Berücksichtigung der früheren Arbeitstätigkeit davon auszugehen, dass die Tendovaginitis stenosaans de Quervain nicht überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist. 6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung von Dr. D.____ abgestellt und sowohl das Vorliegen von Brückensymptomen als auch die Unfallkausalität für die bei der Beschwerdeführerin ab Oktober 2017 bestehenden Handbeschwerden und das Bestehen einer Berufskrankheit im Sinne

von Art. 9 UVG verneint.

Für weitere medizinische Abklärungen besteht kein Anlass, zumal davon keine anderen entscheidungserheblichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). Insbesondere wäre eine Begutachtung nach erfolgter Operation nicht zielführend. 7.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Januar 2019 erweist sich damit als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Rechtsanwalt Martin Bürkle - 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 Vogel Schilling

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 11

UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise 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).

Mit Bezug auf Rückfälle oder Spätfolgen kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhanges beim Grundfall und bei früheren

Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, ent steht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhanges zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_102/2008 vom 26. September 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

Dagegen 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 beziehungsweise wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen. Dies setzt nicht zwingend eine durchgängige ärztliche Behandlung voraus (Urteile des Bundesgerichts 8C_433/2007 vom 26. August 2008 E. 2.3, U 130/04 vom 17. November 2004 E. 3.2 und 5.2 mit Hinweisen sowie U12/06 vom 6. Juni 2006 E. 4.3).

E. 13

S.

9). 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid vom 24. Januar 2019 (Urk. 2) damit,

dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 14. April 2016 und den ab 30. Oktober 2017 behandelten Beschwerden gestützt auf die Einschätzungen von Dr. D.____ nicht gegeben sei. Bei den im Anschluss an den Unfall aufgetretenen rechtsseitigen Handgelenksbeschwerden handle es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung eines unfallfremden, degenerativen Vorzustandes mit dem Erreichen des Status quo sine am 31. Mai

2017. Zwischen dem 25.

Juli

2016 und dem 30. Oktober

2017 sei akten gestützt keine Fortsetzung der medizinischen Behandlung dokumentiert. Die ab dem 30. Oktober 2017 beklagten Beschwerden seien vorwiegend degenerativ und überlastungsbedingt und könnten jederzeit auch ohne ein erlittenes Trauma auftreten. Damit verneinte die Beschwerdegegnerin sowohl das Vorliegen von Brückensymptomen als auch

das Vorliegen eines Rückfalles. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), dass sie gemäss den Berichten von Dr. B.____

vom 25. Juli 2016 und 31. Oktober 2017 ununterbrochen an Beschwerden nach dem Distorsionstrauma mit Hyperextension im Bereich des Handgelenks vom 14. April 2016 gelitten

habe .

Sogar Dr. D.____ habe am 24. Oktober 2016 festgestellt, dass ein Hyperextensionstrauma monatelange Beschwerden verursachen könne. Somit seien ärztlich ausgewiesene Brückensymptome vorhanden , weshalb kein rechtskräftiger Fallabschluss im formlosen Verfahren vorliege und eine Fallbearbeitung via Grundfall zu erfolgen habe. Der Endzustand sei jedenfalls noch nicht eingetreten. Doch selbst wenn vorliegend von einem Rückfall ausgegangen würde, wäre die Unfallkausalität gegeben. Dr. C.____

habe überzeugend aufgezeigt, dass keine krankhafte rheumatologische Begleiterscheinung bestanden habe und es sich bei der vorliegenden isolierten Tendovaginitis stenosans des 4. Strecksehnenfachs bei ehemaliger Distorsion höchstwahrscheinlich um ein unfallkausales Geschehen handle . Zudem seien die generative Veränderungen in dieser Konstellation eine Seltenheit. Schliesslich könne auch eine Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG angenommen werden .

3. 3.1

Die erstbehandelnde Ärztin Dr. Z.____

veranlasste eine MR- Arthrographie des rechten Handgelenkes, welches eine komplexe Läsion des TFCC, intakte intrinsische Ligamente, einen fehlenden Frakturnachweis, eine Rhizarthrose sowie zwei kleine Knochen- isointense Strukturen am Rand des MC-I Gelenkes, DD Kapsel osteome , akzessorische Ossikel , freie Gelenkskörper, auswies (Bericht des A.____ vom 2. Juni 2016 [Urk. 14/M1]). Sie wies die Beschwerdeführerin mit Bericht vom 8. Juni 2016 zur Beurteilung an die E.____ zu (Urk. 14/M2). 3.2

Dr. B.____ von der E.____ berichtete am 25. Juli 2016 über Restbeschwerden des rechten Handgelenkes bei St. n. Distorsionstrauma mit Hyperextension des rechten Handgelenkes. Er führte aus, dass die im MRI beschriebene sogenannte komplexe Läsion des TFCC einer wahrscheinlich degenerativ bedingten zentralen Diskusläsion entspreche, die in diesem Alter sehr häufig sei und in der Regel weder klinisch noch mechanisch eine Relevanz habe. Eine frische Läsion im Bereich des TFCC finde sich im MRI wie auch in der klinischen Untersuchung nicht . Die residuellen Beschwerden seien am ehesten assoziiert mit einer Restproblematik der dorsalen Handgelenkskapsel. Er attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/M3). 3.3

Mit Stellungnahme vom 24. Oktober 2016 führte Dr. D.____ aus, dass die Beschwerdeführerin ein Hyperextensionstrauma erlitten habe . Die Beschwerden seien zwar überwiegend wahrscheinlich kausal zum Ereignis vom 14. April 2016 , doch finde sich keine objektivierbare relevante strukturelle Läsion . Die in der MRI- Untersuchung sichtbare TFCC-Läsion entspreche am ehesten einer degenerativ bedingten zentralen Diskusläsion. Eine frische Läsion im Bereich des TFCC habe weder in der MRI-Untersuchung noch in der klinischen Untersuchung nachgewiesen werden können. Weiter bestehe eine leichte Rhizarthrose sowie eine beidseitige Ulna -Plus-Variante von 1 bis 2 mm. Ein Hyperextensionstrauma könne monatelange Beschwerden verursachen, die Prognose sei aber gut. Sechs Monate nach dem Ereignis sollte der Status quo ante vel sine erreicht sein. Eine richtung gebende Verschlimmerung liege wegen fehlender objektivierbarer struktureller traumatischer Läsionen

nicht vor (Urk. 14/M4). 3.4

Am 31. Oktober 2017 stellte

Dr. B.____

eine Synovitis EDC III/IV Zone 6 rechts, bei Status nach Handgelenksdistorsion mit Hyperextension des rechten Handgelenkes vom 14. April 2016 ,

fest . Die Beschwerdeführerin habe ihm berichtet, dass die Beschwerden seit dem Sommer 2016 kaum rückläufig gewesen seien. Vor zehn Tagen sei eine Episode mit stärksten Handgelenksschmerzen und massiver Schwellung des Handrückens aufgetreten

(Urk. 14/M5). 3.5

Am 5. Dezember 2017 diagnostizierte

Dr. C.____ eine posttraumatische Tendo vaginitis stenans des 4. Strecksehnenfaches mit chronischer posttraumatischer Strecksehnen-synovitis der Extensor digitorum

communis Sehne am 3. Strahl Hand rechts, bei Status nach Distorsionstrauma am 14. April 2016. Er empfahl die Durchführung einer Synovektomie (Urk. 14/M6). 3.6

Unter Bezugnahme auf die Berichte von Dr. B.____ und Dr. C.____ beurteilte Dr. D.____ am 20. Dezember 2017 die aktuellen Beschwerden und Behandlungen , insbesondere den geplanten Eingriff, als unfallfremd. Er führte aus, dass die Tendovaginitis als degenerativ überlastungsbedingt zu klassifizieren sei . Es handle sich um keinen spezifisch traumatischen Befund. Die Persistenz von Beschwerden und der aktuelle

Nachweis einer Strecksehnen-synovitis beweise keine Unfallkausalität , da zeitnah zum Unfall keine Strecksehnenverletzung nachgewiesen werden können . Beschwerden nach einem Distorsionsereignis könnten maximal für ein Jahr als unfallkausal anerkannt werden. Der Status quo sine sei deshalb spätestens im Mai 2017 erreicht

gewesen (Urk. 14/M7) . 3.7

Mit Schreiben vom 29. Januar 2018 stellte Dr. C.____ unter Hinweis auf den Pathologiebefund von PD Dr. med.

F.____ , Facharzt FMH für Pathologie, vom 16. Januar 2018 (Urk. 14/M19) fest, dass die Veränderungen ausgeprägt gewesen seien ohne Hinweis auf eine Krankheit des Rheumakreises. Deshalb sei bei dieser isolierten Tendovaginitis stenans des 4. Strecksehnenfaches eine Unfallkausalität bei ehemaliger Distorsion höchwahrscheinlich, während degenerative Veränderungen als Ursache in dieser Konstellation grundsätzlich eine Seltenheit seien

(Urk. 14/M11) .

3.8

Am 12. Februar 2018 führte Dr. D.____ aus, dass Sehnenscheidenentzündungen durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden könnten, so durch hohe mechanische Belastungen , Infektionen, entzündlich rheumatische Entzündungen oder auch traumatisch bedingt. Für eine traumatische Sehnenscheidenentzündung hätten zeitnah zum Ereignis Beschwerden dokumentiert sein müssen, was vorliegend nicht der Fall sei. Es hätten zwar Handgelenksbeschwerden bestanden, jedoch keine objektivierbaren strukturellen traumatischen Schäden, insbesondere keine Verletzungen der Extensoren des dritten Fingers. Hingegen hätten sich relevante degenerative Veränderungen gezeigt. Zudem bestehe eine lange Latenz zwischen dem Auftreten der Sehnenscheidenentzündung und

dem Ereignis. Mit Ausschluss einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis könne die Unfallkausalität ebenfalls nicht ausreichend bewiesen werden. Auch müsse beachtet werden, dass histologisch wegen Reparaturmechanismen innert Wochen eine Differenzierung zwischen Überlastung und Unfall nicht mehr vorgenommen werden könne. Des Weiteren handle es sich um keine spezifische Entzündung, so dass trotz histologischem Befund multiple Ursachen in Frage kommen würden. Eine Unfallkausalität lasse sich deshalb nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit beweisen

(Urk. 14/M12) . 3.9

Am 17. April 2018 nahm Dr. D.____ erneut Stellung . Er legte dar, dass die Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenks nicht als Brückensymptome klassifiziert werden könnten, denn es hätten keine weiteren Arztbesuche stattgefunden . Zeitnah zum Ereignis seien keine Sehnen - oder Bandverletzungen

und auch keine Zeichen einer Tendinitis festgestellt worden , hingegen degenerative Veränderungen. Erst im Oktober 2017 sei nun eine Synovitis der Extensorensehnen

von Dr. C.____ diagnostiziert worden . Die Tendovaginitis stenosans , eine schmerzhafte Entzündung der Sehnen und ihres Gleitgewebes, könne zwar durch traumatisch bedingte Formveränderungen wie Frakturen oder Sehnenverletzungen auftreten -

was hier nicht der Fall sei. Im Regelfall werde sie jedoch durch Überbeanspruchung beziehungsweise ungewohnt intensive Belastung des Daumens hervorgerufen. In den meisten Fällen könne die Ursache überhaupt nicht gefunden werden (Urk. 14/M14). 3.10

Am 26. Juni 2019 nahm Dr. D.____ eine abschliessende Stellungnahme zur Frage der Unfallkausalität und zum Vorliegen einer Berufskrankheit vor, was er beides verneinte (Urk. 14/M15 , vgl. auch E. 4.4 und 5.3). 4.

E. 14

(M15) , was

mit den Angaben von PD Dr. F.____ korreliert , welcher nur von einer Trauma-Ver einbarkeit und nicht einer Trauma-Ursache schreibt (Urk. 14/M 9). Kommt hinzu, dass histologisch wegen Reparaturmechanismen innert Wochen eine Differenzierung zwischen Überlastung und Unfall nicht mehr vorgenommen werden kann (E. 3. 8) .

Besteht somit lediglich die Möglichkeit, dass der Unfall vom 14. April 2016 die im Oktober 2017 beklagten Beschwerden verursacht hat, so ist es bei s rechtlich mindestens ebenso wahrscheinlich, dass die Beschwerden auf andere - sprich krankheitsbedingte – Ursachen zurückzuführen sind. Dies insbesondere angesichts der Tatsache, dass zeitnah zum Ereignis nach fachärztlicher und bild gebender Abklärung weder strukturelle traumatische Läsionen noch objektivier bare Befunde, demgegenüber aber degenerative Veränderungen vorgelegen haben (Urk. 14/M15) . Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches wie erwähnt nicht (E.