

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00039

vom 5. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00039

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00039 du 5 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00039 del 5 maggio 2022

Erwägungen

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). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

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 un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körper liche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Wor ten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheit liche 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 Ver waltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm ob liegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten ver sicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar

begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

S. 2, Urk. 8/1 S. 1-2, Urk. 8/20 S. 3). Wegen Schmerzen an der Lendenwirbelsäule (LWS) , der linken Hand sowie am linken Handgelenk und am oberen Sprunggelenk (OSG) links begab er sich gleichentags ins Spital Y.____ , wo er untersucht wurde, wobei sich keine knöchernen Verletzungen zeigten (Urk. 8/22).

Diagnostiziert wurde ein Kontusionstrauma der LWS, der Hand sowie des linken OSG . Es wurde n Analgetika nach Massgabe der Beschwerden empfohlen sowie körperliche Schonung angeordnet (Urk. 8/25 S. 2-3). Am 29. Juni 2018 erfolgte bei persistierenden Rückenschmerzen sowie hinzu getretenen Kniegelenksbeschwerden rechts die Durchführung einer ergänzenden MR-Diagnostik. Dabei zeigte sich am Kniegelenk ein kernspintomographisch un auffälliger Befund ohne Nachweis eines Meniskus- oder Bänderschadens. An der LWS konnte n keine frischen knöchernen Verletzungen nachgewiesen werden, hingegen degenerative Veränderungen im thorakolumbalen Übergang, vermutlich fehlbelastungsbedingt (Urk. 8/23 S. 1). Dem Versicherten wurde bis zum 10. Juli 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/ 12). Die Suva erbrachte in der Folge Versicherungsleistungen (Urk. 8/

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Januar 2021 zusammengefasst auf den Standpunkt, die handchirurgische Behandlung sei im Zeitpunkt des Fallabschlusses (am 29. Februar 2020) abgeschlossen gewesen. Die nach Fallabschluss durchgeführten Röntgen- und MRI-Kontrollen des linken Handgelenks vom 21. April 2020 hätten ebenfalls keine pathologischen Veränderungen ergeben, welche die Beschwerden des Beschwerdeführers erklären könnten. Ebenso habe das SPECT-CT vom 23. April 2020 einen blanden , unspezifischen Befund gezeigt, welcher einer beginnenden Degeneration entspreche. Aufgrund dieser Befunde könne die Indikation für die nachfolgende operative Intervention vom 26. Mai 2020 nicht nachvollzogen werden . Auch intraoperativ sei keine funktionelle oder operationsrelevante traumatische Schädigung nachgewiesen worden. Ebenso wenig habe durch die bildgebenden und operativen Verlaufsbefunde ein pathomorphologisches objektives Korrelat für die Beschwerdesymptomatik des Beschwerdeführers belegt werden können . Zu einer namhaften Verbesserung des unfallbezogenen Gesundheitszustands sei es nicht objektivierbar gekommen, wobei bereits präoperativ wiederholt eine gute Beweglichkeit sowie eine erhaltene Motorik, Sensibilität und Kraft dokumentiert gewesen seien (Urk. 2 S. 5- 7). Versicherungsmedizinisch sei unverändert am 16. Dezember 2019 formulierten Zumutbarkeitsprofil festzuhalten. Eine Tätigkeit auf Leitern und Gerüsten wie

die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als angelernter Maler sei inadäquat. Hingegen seien auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Anbetracht der Unfallfolgen bleibend wechselbelastende leichte und mittelschwere Arbeitstätigkeiten weiterhin vollzeitlich zumutbar (Urk. 2 S. 7-8). Der kreisärztliche Aktenbericht sei beweiskräftig (Urk. 2 S. 8). Der Fall sei im Januar 2020 mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung abgeschlossen worden und bei den nunmehrigen Handgelenksbeschwerden handle es sich um die gleichen wie seinerzeit, weshalb weder ein Rückfall noch Spätfolgen vorlägen (Urk. 2 S. 9).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer führte in seiner Beschwerde vom 8. Februar 2021 namentlich aus, die behandelnde Fachärztin Dr. B. ___ habe bereits am 19. März 2020 darauf hingewiesen, dass aufgrund der scapholunär massiven Schmerzen Röntgenbilder

anzufertigen und eine MRI -Untersuchung durchzuführen seien. Die 3-Phasen Skelettszintigrafie habe eine Mehrbelegung entlang der distalen Radiusgelenksfläche offenbart und das MRI des linken Handgelenkes habe am schmerzmarkierten Ligament polylobulierte, längliche mukoid ganglientypische Veränderungen gezeigt. Die aufgrund der genannten Mehrbelegung durchgeführte Revisionsoperation habe zu viel weniger Schmerzen mit schmerzfreien Intervallen geführt, sodass er nach einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit

ab dem 29. September 2020 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht habe und seither wieder als Maler arbeite (Urk. 1 S. 3-4). Der Kreisarzt Dr. A. ___ sei Allgemeinmediziner und die von ihm vertretene Auffassung sei unzutreffend. So habe eine Indikation vorgelegen für die handchirurgische Intervention vom 26. Mai 2020 und diese habe auch zu einer Verbesserung geführt. Aufgrund der erheblichen Zweifel an der ausschliesslich aktenanamnestisch erfolgten, versicherungsinternen Beurteilung wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, eine unabhängige Begutachtung durch einen Handspezialisten einzuholen. Indem sie nicht auf diesen Einwand eingegangen sei, habe sie den Untersuchungsgrundsatz sowie sein rechtliches Gehör verletzt (Urk. 1 S. 4-5).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. März 2021 entgegnete die Beschwerdegegnerin, Dr. A. ___ habe die Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen korrekt wiedergegeben und es lägen keine Anhaltspunkte für Zweifel an seiner fachlichen Qualifikation vor. Überdies habe sich seine Einschätzung bewahrt, wonach die Operation vom 26. Mai 2020 zu keiner namhaften Besserung des Gesundheitszustands geführt habe. Die Beschwerden seien medizinisch nicht erklärbar (Urk. 7).

E. 2.4

In seiner Replik vom 8. Februar 2021 brachte der Beschwerdeführer erneut vor, die Operation vom 26. Mai 2020 habe zu einer namhaften Besserung seines Gesundheitszustands geführt, welche in einer zwischenzeitlichen Arbeitsfähigkeit gemündet habe. Mittlerweile sei ein unfallkausales komplexes

regionales Schmerzsyndrom (Complex Regional Pain Syndrome ; CRPS) an der linken Hand diagnostiziert worden und er sei aktuell wieder zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 13).

E. 2.5

Die Beschwerdegegnerin bestritt in ihrer Duplik vom 24. August 2021 (Urk. 19)

das Vorliegen eines CRPS namentlich gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung vom 14. Juli 2021 (Urk. 20).

E. 2.6

Der Beschwerdeführer hielt in seiner Eingabe vom 21. September 2021 unter Bezugnahme insbesondere auf den Bericht seines seit 26. März 2021 behandelnden Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 6. September 2021 (Urk. 24/1)

daran fest und gelangte zum Schluss, die Ausführungen des Kreisarztes seien nicht überzeugend (Urk. 23).

E. 2.7

Die Beschwerdegegnerin führte am 8. Oktober 2021 hierzu aus, es sei auf jeden Fall kein überwiegend wahrscheinlich unfallbedingter, bildgebend objektivierbarer, organisch-struktureller Befund

nachgewiesen, der die heute strittigen Beschwerden zu erklären vermöchte. Auffallend sei zudem, dass die Diagnose des CRPS erst und primär vom Allgemeinmediziner Dr. D.____ mit nur gerade sechs monatiger einschlägiger klinischer Erfahrung auf einer Handabteilung portiert worden sei (Urk. 27). 3.

E. 3

-

E. 3.1

2

Dr. A.____ führte in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 16. Dezember 2019 aus, weder zur fachärztlich-chirurgischen Erstuntersuchung noch in den weiteren mehrmonatigen fachärztlich handchirurgischen Behandlungsgerichten seien im Zusammenhang mit dem Unfallereignis Beschwerden am linken Ellenbogen oder der Schulter vom Beschwerdeführer beschrieben oder im Rahmen der Untersuchungen dokumentiert worden. Dr. Z.____

habe am 4. September 2018 ein unauffälliges Ellenbogengelenk sowie eine freie Schulterbeweglichkeit links beschrieben. Auch die bildgebenden Untersuchungen hätten nichts anderes gezeigt.

Dr. A.____

gelangte entsprechend zum Schluss, die sekundär geltend gemachten Beschwerden am linken Ellenbogen mit Ausstrahlung in die Schulter seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 22.

Juni 2018 zurückzuführen (Urk. 8/175 S. 3 -4). Fast eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis und deutlich über ein Jahr nach der handchirurgischen operativen SL-Bandrekonstruktion des linken Handgelenks sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch durch weitere therapeutische Massnahmen keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mehr zu erwarten. Sämtliche medizinisch sinnvollen und vertretbaren Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen seien bereits durchgeführt worden. Klinisch sei wiederholt ein reizfreier und stabiler Lokal- und guter funktioneller Bewegungsbefund des operierten linken Handgelenks dokumentiert

worden. Eine Verbesserung dieses Zustands sei durch keine weiteren Massnahmen zu erwarten (Urk. 8/175 S. 4). Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt seien dem zwischenzeitlich beschäftigungslosen Beschwerdeführer in Anbetracht der Unfallfolgen wechselbelastende leichte und mittelschwere Arbeitstätigkeiten weiterhin vollzeitig zumutbar. Seitens der dominanten, operierten linken Hand sei überdies das Arbeiten mit rüttelnden, vibrierenden oder schlagenden Werkzeugen und Maschinen auszuschliessen. Auch seien linkshändig das Heben und Tragen schwerer Lasten und repetitive handwerkliche monotone Arbeiten mit wiederkehrenden Handwendbewegungen, Überstreckungen oder Hyperflexionen im Handgelenk auszuschliessen. Zudem sei aufgrund der

pathomorphologisch nicht sicher eingrenzbarer Restbeschwerden der linken Hand eine Tätigkeit auf Leitern und Gerüsten mit einer erhöhten Sturzgefährdung respektive bei der Notwendigkeit, mit der linken Hand fest zugreifen zu können zwecks

Absicherungsfunktion, als leidensinadäquat zu bewerten. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als angelernter Maler sei der Beschwerdeführer dementsprechend nicht mehr einsetzbar (Urk. 8/174 S. 4).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer zog sich bei seinem Sturz vom 22. Juni 2018 ein Kontusionstrauma unter anderem an der linken Hand zu (Urk. 8/25 S. 2), wobei anlässlich der gleichentags erfolgten radiologischen Untersuchung keine frische knöcherne Verletzung zu sehen war (Urk. 8/22). Nach einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/12) arbeitete der Beschwerdeführer vom 1. Juli 2018 (Urk. 8/12, Urk. 8/26 S. 2) bis am 27. Juli 2018 wieder in seiner angestammten Tätigkeit.

E. 3.3

Nachdem er am 20. August 2018 nach seinen Ferien die Arbeit wieder aufgenommen hatte (Urk. 8/13 S. 1), wurde ihm noch gleichentags ab dem 21. August 2018 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/12). Wegen einer massiven Schmerzexazerbation am linken Handgelenk wurde der Beschwerdeführer Dr. Z._____

zugewiesen. Dieser hielt in seinem Bericht vom 5. September 2018 fest, es liege eine frische SL-Bandruptur durch den Sturz vom 22. Juni 2018 vor, welche chirurgisch behandelt werden müsse (Urk. 8/26 S. 2-3). Am 7. September 2018 erfolgte die offene operative Revision des linken Handgelenks mit einer Synovektomie und scapholunärer Transfixation mit Naht und Spickdrahtversorgung (Urk. 8/30 S. 2).

E. 3.4

Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 6. März 2019 aus, der Beschwerdeführer habe seit Monaten eine etwas verminderte Empfindung im Bereich des Kleinfingers und des Ringfingers links und er erwache praktisch jeden Morgen mit einer Taubheit ebenda sowie auch an der rechten Hand an denselben Fingern. Aufgrund seiner Untersuchungen gelangte er zum Schluss, es bestehe beidseits ein leichtes Loge de Guyon-Syndrom, erfreulicherweise ohne klinische oder elektrodiagnostische Schädigungszeichen. Gegebenenfalls könnte die linksseitig schon bestehende nächtliche Handgelenkschmerzen erneut eingesetzt werden, ansonsten könne auch abgewartet werden (Urk. 8/130 S. 3).

E. 3.5

Am 15. März 2019 berichtete Dr. Z.____, die Situation an den Handgelenken beruhige sich langsam, aber zusehends. Die Ergotherapie sei mit aktiven/passiven Mobilisationen, Narbenmobilisationen, Belastungsaufbau und Krafttraining beschäftigt. Die Beschwerden am linksseitigen Handgelenk hätten sich leicht zurückgebildet bei deutlich verbesserter Extension bei noch reduzierter Flexion des Handgelenkes. Die Sonographie zeige linksseitig eine leichte Kapselverdickung im Bereich des Zugangs bei ansonsten unauffälligen Verhältnissen radiokarpal/midkarpal bei dynamisch intaktem SL-Ligament. Die ergotherapeutische Betreuung mit Belastungsaufbau, Krafttraining und weiteren Mobilisationen sei weiterzuführen. Der Beschwerdeführer könne wieder mit Fitnesstraining und leichten Gewichten den Muskelaufbau beginnen. Die Arbeitsunfähigkeit als Gerüstbauer werde noch bei 100% belassen bis zur nächsten klinischen Kontrolle (Urk. 8/85 S. 2-3).

Der Kreisarzt Dr. A.____ hielt am 22. März 2019 fest, gemäss dem Bericht der Chirurgie F.____ vom 15. März 2019 sei wieder eine Vollbelastung erlaubt. Insofern sei eine Teilarbeitsfähigkeit im April zu erwarten sowie im Juni 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit (Urk. 8/86 S. 2). 3. 6

Laut dem Bericht von Dr. Z.____ vom 17. April 2019 zeigte die Situation am linken Handgelenk eine gute Entwicklung mit langsam zunehmender Belastbarkeit und abnehmenden Restbeschwerden bei verbesserter Beweglichkeit (Urk. 8/96 S. 3).

Dr. A.____ gab gestützt auf diesen Bericht am Folgetag an, es habe sich ein guter reizfreier Lokal- und Funktionsbefund des linken Handgelenks gezeigt, wes halb er an seiner Stellungnahme vom 22. März 2019 festhalte (Urk. 8/98 S. 2). 3. 7

Am 14. Mai 2019 führte Dr. Z.____ aus, der Beschwerdeführer leide an persistierenden Schmerzen am Handgelenk links. Bevor man linksseitig weitere Abklärungen im Sinn einer erneuten MRI-Untersuchung durchführe, werde man das midkarpale

Handgelenksganglionrezidiv rechts erneut infiltrativ behandeln, um die Situation eventuell unter Kontrolle zu bringen. Als Arbeiter am Gerüst sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (Urk. 8/103 S. 2). 3.

E. 3.9

Dr. Z.____ hielt in seinem Bericht vom 27. Juni 2019 fest, der Beschwerdeführer klagte unverändert über Schmerzen im linken Handgelenk mit Sensibilitätsstörungen im Ulnarisversorgungsgebiet. Die letztmalige Infiltration habe keine Verbesserung der Schmerzen gebracht. Es sei bezüglich der geklagten Beschwerden am linken Handgelenk eine Zweitmeinung einzuholen (Urk. 8/113 S. 2-3).

E. 3.11

Die Handchirurgen der Universitätsklinik H.____

berichteten am 20. September 2019, der Beschwerdeführer leide unter Ruhe- sowie Belastungsschmerzen insbesondere am linken Handgelenk (Urk. 8/146 S. 2). Bei der Röntgenuntersuchung habe sich eine leichte degenerative Veränderung im distalen Radioulnargelenk bei ansonsten altersentsprechenden ossären Strukturen gezeigt. Es würden noch ein Arthro-MRI sowie eine neurologische Untersuchung beider Nervi ulnaris

ver anlasst (Urk. 8/146 S. 3) .

Anlässlich der Arthro -MRI-Untersuchung des linken Handgelenks vom 16. Oktober 2019 waren ein intakter Triangular

Fibrocartilage

Complex (TFCC), eine postoperativ-narbige Alteration des SL-Bands palmar und dorsal, ein intakter Knorpel und ein intaktes LT-Band ersichtlich (Urk. 8/160 S. 3).

Die neurologische und neurophysiologische Untersuchung vom 16. Oktober 2019 durch die Ärzte des Zentrums für Paraplegie der Universitätsklinik H.____ führte zur Beurteilung, dass die klinische Untersuchung mit einer Reizung des Nervus

ulnaris im Bereich des Handgelenkes vereinbar sei. Neurographisch lasse sich hierfür kein Korrelat im Sinne eines Loge-de- Guyon -Syndroms nachweisen. Neurophysiologisch hätten sich auch keine Hinweise auf ein Sulcus

ulnaris - Syndrom ergeben. Sodann fehle es auch nadelmyographisch an Hinweisen auf floride

Denervierungszeichen . Im Vergleich zur Untersuchung vom März 2019 im Spital Y.____ ergebe sich keine wesentliche Befundänderung (Urk. 8/163 S. 2).

Dem Bericht der Handchirurgen der Universitätsklinik H.____ vom 21. Oktober 2019 ist zu entnehmen, die Beschwerden seien im Vergleich zur Voruntersuchung unverändert (Urk. 8/161 S. 2). Eine Nervus

ulnaris -Läsion habe ausgeschlossen werden können. Bei intakten Knorpel- und Knochenstrukturen sowie einem un auffälligen Bandapparat bestehe chirurgisch keine Behandlungsoption. Als symptomatische Therapie empfehle man am ehesten die mediokarpale Infiltration als nächsten Schritt . Die Behandlung bei ihnen sei abgeschlossen. Bezüglich der Handproblematik erfolge die weitere Behandlung durch den Zuweiser D r. Z.____ . Da der Beschwerdeführer zudem über ein störendes Schnapp phänomen im linken Ellbogen mit zum Teil Ausstrahlung bis in die Schulter klage, werde er zu sätzlich ins Schulter- und Ellbogenteam überwiesen

(Urk. 8/161 S. 3).

E. 3.13

Gestützt auf diese Aktenlage nahm die Suva mit Schreiben vom 10. Januar 2020 die Leistungseinstellung per 29. Februar 2020 in Aussicht (Urk. 8/181), gegen die der Beschwerdeführer am 16. und am 23. Januar 2020 mündlich opponierte (Urk. 8/185, 8/187). Mit unbeanstandet gebliebener Verfügung vom 24. Januar 2020 verneinte die Suva sodann den Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/188). Ein Rentenanspruch resultierte nicht, da bei voller Arbeitsfähigkeit in leidens angepasster Tätigkeit auf das Fehlen einer erheblichen unfallbedingten Erwerbseinbusse geschlossen wurde (Urk. 8/188). 4. 4.1

Dem Bericht des Orthopäden der Universitätsklinik H.____ , Schulter / Ellbogen, vom 13. Februar 2020 ist zu entnehmen, der Befund sei unverändert zu den Voruntersuchungen. Die Ellbogengelenksinfiltration links habe die Beschwerden leider nicht lindern können. Im Vordergrund stünden klar die Schmerzen, welche von der Schulter bis in den linken Arm respektive die linke Hand ziehend seien, vor allem

dorsalseitig bis in die zwei ulnaren Finger. Eine neurologische und neurophysiologische Abklärung habe diesbezüglich keinen pathologischen Befund gezeigt, einzig eine mögliche Reizung des Nervus

ulnaris im Hand gelenksbereich. Mit einem operativen Vorgehen am linken Ellbogen sei sicherlich zuzuwarten. Möglich sei ein mechanisches Problem, welches die Beschwerden erklären könnte und welches man bei einer diagnostischen Arthroskopie adressieren würde. Hinsichtlich der unklaren Armschmerzen könnte unter Umständen noch ein MRI der Halswirbelsäule durchgeführt werden (Urk. 8/196 S. 3). 4.2

Am 19. März 2020 gab Dr. B.____ an, der Beschwerdeführer habe sie wegen persistierender massiver Schmerzen am Handgelenk links aufgesucht. Anlässlich der klinischen Untersuchung habe sich das linke Handgelenk mit einer eingeschränkten Beweglichkeit gezeigt sowie scapholunär massiven Schmerzen. Es müssten - sinngemäss nach Lockerung der pandemiebedingten Massnahmen (vgl. auch Urk. 8/262 S. 1) - Röntgenbilder angefertigt sowie eine MRI -Untersuchung durchgeführt werden (Urk. 8/201).

Dem radiologischen Bericht vom 21. April 2020 ist zu entnehmen, dass die gleichentags erfolgte Röntgenuntersuchung des linken Handgelenks regelrechte Stellungsverhältnisse ohne Hinweis auf fokale ossäre Läsionen oder degenerative Veränderungen gezeigt habe (Urk. 8/205). Laut der radiologischen Beurteilung vom 11. Mai 2020 wurden anlässlich der MR-Untersuchung vom 21. April 2020 zudem kleine, polylobulierte Ganglienformationen dorsal des Ligamentum lunotriquetrale gefunden. Im Übrigen seien keine pathologischen Veränderungen abgrenzbar gewesen (Urk. 8/206). Am 11. Mai 2020 erfolgte aufgrund der am 23. April 2020 durchgeführten 3-Phasen Skelettszintigrafie sowie CT-Untersuchung die radiologische Beurteilung, wonach die Mehrbelegung entlang der distalen Radiusgelenksfläche gegenüberliegend zum unauffälligen Os lunatum wohl einer lokalen Überlastung respektive beginnenden Degeneration karpal links entspreche. Zu sehen sei sodann ein unklarer fokaler Herdbefund anterior am Caput humeri rechts (Urk. 8/207 S. 1).

In ihrem Bericht vom 11. Mai 2020 führte Dr. B.____

nach Einsicht in die Bildgebungen aus, der Beschwerdeführer habe einen leicht positiven Tinel in der Narbe, allenfalls habe er ein PIN-Neurom oder Vernarbungen am radio scaphoidalen Gelenk. Sie hätten sich entschieden, die Narbe zu eröffnen, die distale Radiusrippe zu reseziieren und allenfalls ein kleines Neurom zu suchen, da der Beschwerdeführer unter diesen massiven Schmerzen kaum leben könne (Urk. 8/208). 4.3

Dr. A.____ hielt am 26. Mai 2020 fest, bei den geklagten Beschwerden handle es sich nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Folgen des Unfallereignisses vom 22. Juni 2018. Denn die ausgeweitete Schmerzsymptomatik mit geklagten Kribbelparästhesien und Ausstrahlungen bis in die Schulter sei gemäss den bereits wiederholt erfolgten neurologischen, handchirurgischen sowie bildgebenden Verlaufsbefunden pathomorphologisch nicht einzuordnen und auch nicht durch ein allfälliges Neurom zu erklären. Durch den operativen Eingriff sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine grundlegende Verbesserung des Gesundheitszustands oder des Zumutbarkeitsprofils zu erwarten (Urk. 8/210 S. 3). 4.4

Dem Bericht über die Operation vom 26. Mai 2020 ist zu entnehmen, wegen unklarer Schmerzen in der dorsalen Handgelenksnarbe seien eine Revision der Narben links, eine Tenolyse der Strecksehnen links und eine Synovektomie des Handgelenks links

durchgeführt worden. Zum weiteren Prozedere führte Dr. B.____ aus, es sollte relativ rasch mit Ergotherapie begonnen werden, damit es nicht zu erneuter Verklebung komme. Ein Neurom oder ähnliches habe nicht gefunden werden können. Inwiefern sich das Ganze verbessere, werde sich im Verlauf zeigen (Urk. 8/216).

Anlässlich des Telefonats mit der Beschwerdegegernerin vom 9. Juni 2020 sowie in ihrem gleichentags verfassten Schreiben gab Dr. B.____ an, der Beschwerdeführer sei nach dem Unfall operiert worden und habe nach diesem Eingriff konstant und anhaltend schwere Schmerzen beschrieben. Sie habe die Beschwerden lokalisieren können und das SPECT CT habe einen klaren Befund gezeigt. Bildgebend sei eine Mehrbelegung entlang der distalen Radiusgelenksfläche unterhalb der Narbe

nachgewiesen worden. Die Infiltration habe eine 24-stündige Verbesserung gebracht. Unter der Narbe sei alles komplett verklebt gewesen und habe beim nochmaligen operativen Eingriff gelöst werden müssen. Seit dem Eingriff vor zwei Wochen beschreibe der Beschwerdeführer eine Verbesserung der Schmerzen. Er könne wieder schlafen, habe erstmals wieder längere schmerzfreie Intervalle und sein Zustand habe sich stark positiv verändert. Dies müsse mit der Operation vom 20. August 2020 zusammenhängen (Urk. 8/218, Urk. 8/220).

Am 25. Juni 2020 schilderte Dr. B.____ erneut, der Beschwerdeführer weise seit der Narbenrevision viel weniger Schmerzen auf. Der Beschwerdeführer habe zwei Jahre nicht mehr gearbeitet. Sicher werde er für Juli und August 2020 noch voll krankgeschrieben. Sie hoffe sehr, dass er Anfang Herbst wieder eine Arbeit als Maler suchen könne, ohne dass er wegen Schmerzen sogleich wieder ausfalle (Urk. 8/224). 4.5

Der Kreisarzt Dr. A.____ hielt am 4. August 2020 an seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2020 fest (Urk. 8/226 S. 3). Dazu erläuterte er, nach der SL-Bandrekonstruktion vom 7. September 2018 und der Spickdraht-Entfernung vom 20. Oktober 2018 habe die im weiteren Verlauf ausgeweitete Schmerzsymptomatik, unter einer sekundär zusätzlichen Einbeziehung der rechten Hand, des linken Ellenbogens und der Schulter mit auch geklagten Gefühlsstörungen, nicht eingeordnet werden können. Auch die weiteren Abklärungen hätten kein somatisches Beschwerdekorrelat ergeben. Der mittels SPECT-CT erhobene unspezifische Befund habe lediglich einer beginnenden Degeneration entsprochen. Eine Indikation für den operativen Eingriff vom 26. Mai 2020 habe damit nicht vorgelegen (Urk. 8/226 S. 4). Präoperativ sei bereits wiederholt eine gute Beweglichkeit sowie erhaltene Motorik, Sensibilität und Kraft dokumentiert worden, sodass zwischenzeitlich nicht objektivierbar eine namhafte Verbesserung eingetreten sei. Auch sei bezüglich der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit lediglich eine Hoffnung perspektivisch geäußert worden (Urk. 8/226 S. 4-5).

Eine Änderung des Zumutbarkeitsprofils sei nicht erkennbar und auch nicht realistisch zu erwarten. Ansonsten wäre nun, bereits über zwei Monate nach der operativen Revision und ohne Adressierung relevanter struktureller Schädigungen, sowohl ein Kraftaufbau als auch eine berufliche Leistungsfähigkeit bereits wieder faktisch eingetreten (Urk. 8/226 S. 5). 4.6

Dr. B.____ entgegnete am 13. August 2020, die massiven Schmerzen im linken Handgelenk seien seit der ersten Operation vorhanden gewesen und nach dem Lösen der Narben nun deutlich besser, sodass der Beschwerdeführer in den kommenden Wochen bis Monaten wieder arbeitsfähig sein werde. Dass man nach einer Operation nicht sofort arbeitsfähig sei, sei normal - erst recht nach zwei jähriger Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (Urk. 8/235).

Am 8. September 2020 berichtete sie, der Beschwerdeführer habe nun nach mehr stündiger Autofahrt wieder massive Schmerzen im Handgelenk sowie das Ziehen, welches er präoperativ gehabt habe. Das Handgelenk sei etwas weniger beweglich als auch schon. Die Narbe sei etwa s verklebt und wieder ziemlich schwierig zu mobilisieren. Zusätzlich habe er eine leicht e

Epicondylitis

humeri

radialis ent wickelt. Sie habe Ergotherapie verordnet und den Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig geschrieben. Eine weitere operative Revision komme für sie nicht in Frage, sondern allenfalls eine Schmerztherapie, was der Beschwerde führer aber eigentlich nicht möchte (Urk. 8/239). 4.7

Am 2 1. Oktober 2020 hielt Dr. A.____ erneut an seinen bisherigen Stellung nahmen fest (Urk. 8/249 S. 2).

Ergänzend wies er darauf hin, dass auch fünf Monate nach dem Eingriff vom 2 6. Mai 2020 (erwartungsgemäss) keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands objektivierbar belegt sei. Unter einer All tagsbelastung wie Autofahren trete die vorbestehende Schmerz symptomatik mit Ziehen, Einschränkung der Beweglichkeit und Narben beschwerden gleich bleibend auf. Weder sei eine namhafte gesundheitliche Verbesserung erreicht worden, noch seien zusätzliche relevante unfallkausale pathomorphologische Schädigungen nachgewiesen. Dies entspreche der hand chirurgischen Vor beurteilung durch die Universitätsklinik H.____ , wonach bezüglich der persistierenden Handgelenksschmerzen links, ohne konkretes pathomorpho logisches Korrelat, bereits laut der Beurteilung vom 1 6. Oktober 2019 keine weiteren chirurgischen Behandlungsoptionen mehr vorlagen (Urk. 8/249 S. 3). 4.8

Am 2 2. Januar 2021 gab Dr. B.____ an, sie habe den Beschwerdeführer für die Zeit ab 1. Oktober 2020 wieder voll arbeitsfähig schre i ben können. Arbeiten mit rüttelnden und vibrierenden und schlagenden Werkzeugen und Maschinen seien indes weiterhin auszuschliessen (Urk. 8/262 S. 1 , Urk. 3/5 S. 1).

Ihrem Schreiben vom 1 1. Februar 2021 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe etwas arbeiten können. Er arbeite nun seit einem Monat und habe wieder zunehmende Beschwerden im Handgelenk links. Sie werde sicher keine Operation mehr vornehmen, da sie weiterhin nicht ganz genau wisse, was sein Schmerz problem sei (Urk. 8/268). Am 2 6. Februar 2021 ergänzte sie, die Schmerzen hätten sich leider nicht verbessert (Urk. 8/269).

5 . 5 . 1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im Laufe des Verfahrens auf den Standpunkt, es sei die Kausalität eines Rückfalls zu prüfen (Urk. 27 S. 1) . Hierzu ist festzu halten, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritäts entschädigung mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 24. Januar 2020 verneint wurde (Urk. 8/188) . Die Einstellung der vorübergehenden Leistungen

per 2 9. Februar 2020 im Sinne eines Fallabschlusses erfolgte demgegenüber lediglich in einem formlosen Schreiben vom 1 0. Januar 2020 (Urk. 8/179) .

Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4, Art. 124 der

Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]. Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Standen zu einem bestimmten Zeitpunkt indes keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_400/2013 vom 31. Juli 2013 E. 4 mit weiterem Hinweis).

Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalles und nicht unter demjenigen eines Rückfalles zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen. Brückensymptome können naturgemäss auch relativ harmloser Natur sein und dürfen in der Regel nicht nur dann anerkannt werden, wenn sie auch durchgängig ärztlich behandelt wurden (Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2008 vom 17. Dezember 2008 E. 4.3 und 5.2 mit weiteren Hinweisen).

Der Beschwerdeführer hatte anlässlich der telefonischen Mitteilung des Fallabschlusses vom 9. Januar 2020 kundgetan, dass er mit dem Entscheid nicht einverstanden sei und dass er permanent an Schmerzen leide (Urk. 8/178 S. 1). Dennoch teilte die Suva dem Beschwerdeführer lediglich mit einfachem Schreiben vom 10. Januar 2020 die Leistungseinstellung per 29. Februar 2020 mit (Urk. 8/179). Am 16. sowie am 23. Januar 2020 tat der Beschwerdeführer das Fehlen seines Einverständnisses mit dem Entscheid erneut mündlich kund (Urk. 8/185 und Urk. 8/187). Am 13. Februar 2020 fand eine Verlaufskontrolle an der Universitätsklinik H.____ statt (Urk. 8/196 S. 2-3). Am 18. oder 19. März 2020 begab er sich an der Klinik C.____, Hand-Zentrum, in Behandlung, deren Ärztin sich am 19. März 2020 an die Beschwerdegegnerin wandte (Urk. 8/201, Urk. 8/220). Am 8. Mai 2020 meldete sich der Beschwerdeführer selber wieder telefonisch bei der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/203) und am 1

E. 6

).

Am 11. Juli 2018 nahm X.____ seine Arbeit wieder auf (Urk. 8/12, Urk. 8/26 S. 2). Nach dem Ende seines temporären Einsatzes am 27. Juli 2018 weilte er vom 28. Juli bis am 19. August 2018 in den Ferien (Urk. 8/13 S. 1). Ab 20. August 2018 hatte er einen erneuten Einsatz bei derselben Einsatzfirma (Urk. 8/13 S. 1), wobei ihm ab dem 21. August 2018 erneut eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 8/12). Wegen einer massiven Schmerzexazerbation am linken Handgelenk wies die Hausärztin den Versicherten

Dr. med. Z.____, Facharzt für Handchirurgie und Allgemein Chirurgie, zu. Dieser hielt in seinem Bericht vom 5. September 2018 fest, es liege eine frische SL-Bandruptur durch den Sturz vom 22. Juni 2018 vor, welche chirurgisch behandelt werden müsse (Urk. 8/26 S. 2-3). Am 7. September 2018 erfolgte die offene operative Revision des linken Handgelenks mit einer Synovektomie und scapholunärer Transfixation mit Naht und

Spickdrahtversorgung (Urk. 8/30 S. 2).

Es folgten zahlreiche weitere Arzt konsultationen

(vgl. Urk. 8/175

S. 2 -3) . Nach dem der Kreisarzt Dr. med. A.____ , Facharzt

für Allgemein medizin, am 16. Dezember 2019 eine Aktenb eurteilung verfasst hatte (Urk. 8/ 175), teilte die Suva dem Versicherten - wie auch bereits früher (Urk. 8/88) - mit Schreiben vom 1 0. Januar 2020 die Einstellung der Heilkosten sowie der Taggeldleistungen per 2 9. Februar 2020 mit (Urk. 8/ 179). Mit Verfügung vom 24.

Januar 2020 verneinte die Suva Ansprüche auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung (Urk. 8/ 188). Diese Verfügung erwuchs unan gefochten in Rechtskraft.

E. 8

Der kreisärztlichen Beurteilung vom 1 1. Juni 2019 ist zu entnehmen, nachdem persistierende Beschwerden des linken Handgelenks angegeben worden seien, halte er nicht mehr an seiner Auffassung fest, dass die angestammte Tätigkeit wieder zumutbar sei. Vielmehr sei eine Arbeitsaufnahme als Maler mit bimanuell notwendigen Arbeiten und Einsatz auf Leitern und Gerüsten, wo eine erhöhte Sturzgefährdung

bestehe und

ein fester bimanueller Sicherheitsgriff notwendig sei, bei Restbeschwerden der linken Hand nicht zumutbar (Urk. 8/109 S. 1).

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