

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00223

vom 15. Juni 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00223

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00223 du 15 juin 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00223 del 15 giugno 2023

Erwägungen

E. 1

7. Juli 2019 eine 100%ige Arbeits unfähigkeit (Urk.

8/2 f.). MR-tomographisch ergab sich am 29.

Juli 2019 eine SL-Bandruptur , ohne Frakturnachweis (Urk. 8/20). Die Suva anerkannte den Schadensfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten, vgl. Urk.

8/5 , Urk. 8/9) . Am

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. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG) . Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

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

). Ständen 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).

E. 1.3

Gemäss Art.

E. 5

August 2019 führte Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Handchirurgie, C.____

AG,

eine diagnostische Arthroskopie mit offener Revision des Handgelenks und Kirschnerdrahttransfixation SL und SC durch; intraoperativ zeigte sich eine

SL-Bandruptur IV°, eine LT-Bandlockerung III°, ein im MRT nicht beschriebener grosser, zentraler TFCC-Defekt mit lokalisierter Chondromalazie III° des Ellenkopfes und lokaler Synovitis

(vgl. Operationsbericht, Urk. 8/16). Nach Entfernung des Osteosynthesematerials am

E. 5.1

Die Beschwerdegegerin stützte sich in medizinischer Hinsicht auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. D.____ (vgl. E. 4.7, E. 4.8), welche den in der Rechtsprechung des Bundesgerichts entwickelten Anforderungen in allen Teilen genügend als beweiskräftig anzusehen sind (vgl. E. 1.4).

E. 5.2

Konkrete Indizien, die gegen die Beweiswertigkeit der Beurteilung von Dr. D.____ sprechen, sind nicht gegeben. Zunächst ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 17. Juli 2019 eine Distorsion des rechten Handgelenks ohne

Fraktur nachweis

erlitten hat. MR-tomographisch

zeigte sich am 29. Juli 2019 eine SL-Bandruptur (Urk. 8/20 f.). Diese war laut

Dr. D.____

jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Gegenteiliges hat auch

Dr. B.____ in ihrer Stellungnahme vom 12. September 2022 (Urk. 8/124) nicht konkret behauptet. Dr. D.____ begründete seine Beurteilung zunächst damit, es hätten sich bereits im primären Röntgenbefund vom 18. Juli 2019 eine

statische Fehlstellung der Handwurzelknochen (DISI-Fehlstellung) sowie

eine Verkürzung des Kahnbeins mit Ringzeichen und Verkipfung des Lunatums

gezeigt (vgl. Bericht von Dr. B.____ vom 6. August 2019, Urk. 8/15) . Dazu passend wies Dr.

B.____

im Konsiliarbericht vom 6.

August 2019 darauf hin , d ie bereits vorhandene statische Fehlstellung der Handwurzelknochen sei auffällig, zumal eine s olche normalerweise erst längere Zeit nach einer SL-Bandverletzung auf trete (Urk. 8/15).

Alsdann stellte Dr. B.____

intraoperativ - nebst chronische n

synoviale n Entzündung s zustände n und drittgradige n degenerative n Veränderungen (Chondromalazie des Ellenkopfes) - ein prolabiertes , vermehrt gefässinjiziertes und schlecht nähbares

SL-Band fest (vgl. Operationsbericht,

Urk. 8/16) . Die damit beschriebene erhöhte Vulnerabilität des SL-Bandes spricht nach überzeugender Einschätzung von Dr. D.____

ebenfalls gegen einen akuten Traumaschaden, sondern eher wahrscheinlich für einen chronisch degenerativen Verschleisschaden. Aus dem Umstand, dass eine vermehrte Gefässinjektion im Bereich des SL-Bandes auch traumatisch bedingt sein könne – so Dr. B.____ in ihrer Stellungnahme vom 1 2. September 2022 (Urk. 8/124) – lässt sich nichts zum Vorteil des Beschwerdeführers ableiten. D ie bloss e Möglichkeit eines Zusammen hangs 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).

In Anbetracht der bildgebend en und klinischen Befunde mit lediglich «etwas eingeschränkter Extension und Flexion bei freier Unterarmdrehung», ohne unfalltypische , äussere Verletzungszeichen, ohne wesentliche Schwellung oder Blutergussbildung , könne – so Dr. D.____ weiter - von einer richtung s gebenden Verschlimmerung nicht die Rede sein . Darüber hinaus müsste eine allfällige unfallbedingte, richtungs gebende Verschlimmerung bildgebend ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundes gerichtes 8C_174/2008 vom 8. August 2008 E. 4.2 mit Hinweisen), was vor liegend unbestrittenermassen nicht der Fall ist . Mithin geht auch ins Leere, wenn Dr. B.____

im MRT vom 29.

Juli 2019 – nachträglich – ein leichtes Knochen marködem gesehen haben will (Urk. 8/124). Im Übrigen entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass selbst im Fall vorbestehender, degenerativer, das heisst abnutzungsbedingter Erkrankungen eine traumatische Verschlimmerung in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abgeschlossen ist (Urteil des Bundesgerichtes 8C_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.6 mit Hinweisen). E ntsprechend bestand vorliegend jedenfalls von Ende 202 0 bis Anfang 2022 unbestrittenermassen weder eine Arbeits un fähigkeit noch bestanden behandlungsbedürftige Beschwerden. Ent gegen Dr. B.____ (vgl. Urk. 8/124) hatte die Beschwerdegegnerin die «mögliche Entwicklung einer sekundären erneuten Insuffizienz und deren Folgeschäden» nicht abzuklären . War doch

laut überzeugender Beurteilung von Dr. D.____ bereits die 2019 festgestellte SL-Bandverletzung nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Davon abgesehen ist die Unfallkausalität geltend gemachter Rückfälle von der versicherten Person zu beweisen (vgl. E. 1.3). Festzuhalten ist schliesslich auch, dass Dr.

B.____ eine Unfallkausalität der erneuten Beschwerden im Konsiliarbericht vom 7. April 2022

– entgegen dem Beschwerdeführer - nicht bestätigt hat. Daran ändert auch nichts, wenn sie eine erneute scapholunäre Dissoziation rechts nach der Operation vom 15. August 2019 und Handgelenksdistorsion vom 17. Juli 2019 festhielt (Urk. 8/82). Angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdegegnerin die Operationen vom 15. August und 10. Oktober 2019 samt Nachfolgebehandlungen bis Dezember 2020 bezahlte und keine Rückforderung von Leistungen im Raum steht, kann letztlich offenbleiben, ob die Handgelenksdistorsion vom 17. Juli 2019 (auch) eine SL-Bandverletzung und/oder ein leichtes Knochenmarködem verursachte: eine adäquate Kausalität der erlittenen Distorsion zu der über ein Jahr später erneut aufgetretenen scapholunären Dissoziation rechts ist nicht als überwiegend wahrscheinlich dargetan, weshalb keine, auch nicht geringe, Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung von Dr. D.____, wonach ein natürlich progredienter Verschleisschaden Ursache der erneut aufgetretenen Beeinträchtigungen ist, bestehen (vgl. 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).

E. 5.3

Zusammenfassend ist die Unfallkausalität der als Rückfall vom 30. März 2022 zum Unfall vom 19. Juli 2019 angemeldeten Beschwerden gestützt auf die beweisbildende Beurteilung von Dr. D.____ zu verneinen. Bei diesem Beweisergebnis besteht – entgegen dem Beschwerdeführer – auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit Hinweisen).

Mithin hat die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht in diesem Zusammenhang im Ergebnis zu Recht verneint. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
HurstHediger

E. 10

Oktober 2019 (vgl. Operationsbericht, Urk. 8/19) und nach einer ergo therapeutische n
Nachbehandlung (Urk. 8/23, Urk. 8/38) wurde dem Versicherten
a b dem 20.

Januar 2020 eine 25%ige und ab dem 1. Mai 2020 eine 37.5%ige Arbeitsfähigkeit attestiert
(Urk.

8/41 ff., Urk. 8/48). Seither arbeitete er an einem Schonarbeitsplatz bei der bisherigen
Arbeitgeberin (v gl. Urk. 8/50); ab dem 15.

Juni 2020 bestand für diese Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Rückkehr zur
angestammten Tätigkeit war ab Oktober 2020 vorgesehen (Urk. 8/61, Urk. 8/73).

Die medizinische Behandlung wurde a nlässlich der geplanten Verlaufskontrolle vom 8.
Dezember 2020

abgeschlossen (vgl. Konsiliarbericht von Dr. B.____
vom 8.

Dezember 2020, Urk.

8/76). Mit Schrei ben vom 15.

Dezember 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, da keine ärzt liche Behandlung mehr
nötig sei, würden die Versicherungsleistungen eingestellt (Urk.

8/78).

2 .

Mit Schadenmeldung vom 1 3. April 2022 machte der Versicherte einen Rückfall

ab 3 0. März 2022 zum Unfall vom 1 9. Juli 2019

aktenkundig (Urk. 8/83 , vgl. auch

Urk. 8/82 ,

Urk. 8/91).

Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Allgemein medizin und beratender Arzt der Suva, nahm
am 16.

Juni 2022 zur Sache Stellung (Urk. 8/94). Daraufhin teilte die Suva dem Versicherten mit
Schreiben vom 1 7. Juni 2022 mit, mangels Unfallkausalität werde der Fall per Rückfall
datum am 3 0. März 2022 eingestellt (Urk. 8/95). Nachdem dieser am 11.

Juli 2022 dagegen opponiert hatte (Urk. 8/102), veranlasste die Suva die kreisärztliche
Aktenbeurteilung von Dr. D.____

vom

1 1. August 2022 (Urk.

8/109). Gestützt darauf stellte sie die bisher erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 15. August 2022 per 30. März 2022 ein (Urk. 8/110). Die vom Versicherten am 15. September 2022 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/114) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2022 ab (Urk. 2). 3.

Dagegen erhob X. am 30. November 2022 Beschwerde und beantragte, es seien ihm in Aufhebung des angefochtenen Entscheids vom 31.

Oktober 2022 die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei zur Leistungsabklärung ein Gutachten im Sinne von Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG) auf Kosten der Beschwerdegegnerin anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21.

Februar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 23. Februar 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Am 9. März 2023 ordnete das Gericht einen Schriftwechsel an (Urk. 10). Der Beschwerdeführer erstattete seine Replik am 21. April 2023 (Urk. 12); am 16. Mai 2023 (Poststempel) nahm die Beschwerdegegnerin dazu Stellung (Duplik, Urk. 13). Je eine Kopie dieser Eingaben wurde der jeweils anderen Partei zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk.

13, Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt, während von Spätfolgen dann gesprochen wird, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können.

Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 f. E. 2c). Hinsichtlich Rückfällen und Spätfolgen ist anzufügen, dass es sich bei der hier zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzung eines erneuten natürlichen Kausalzusammenhangs um eine anspruchsbegründende Tatfrage handelt. Die diesbezügliche Beweislast liegt in sofern bei der versicherten Person, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu ihren Lasten ausfällt (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. D. ___ hätten zwei bis drei Monate nach dem Unfallereignis vom 17. Juli 2019, welches weder äussere Verletzungen noch zu sätzliche strukturelle Läsionen gezeitigt habe, überwiegend wahrscheinlich keine Unfallfolgen mehr bestanden. Insbesondere sei der am 18. August 2019 operierte Schaden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen. Vielmehr sei im Sinne eines chronischen Verschleisschadens mit bereits langdauerndem Reizzustand des Handgelenks von einer SL-Instabilität auszugehen. Eine richtunggebende Verschlimmerung sei mangels einschlägiger, unfallbedingter Begleiterscheinungen und unmittelbar eingetretener invalidisierender Arbeitsunfähigkeit zu verneinen. Mithin sei der Status quo per Ende März 2022 eingetreten und der Fallabschluss zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin erfolgt (Urk. 2).

2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, Dr. D. ___ habe das Vorliegen von Brückensymptomen zwischen der Leistungseinstellung im Dezember 2020 bis zur Rückmeldung im März 2022 nicht geprüft. Vorliegend sei es so, dass vom 9.

Dezember 2020 bis 7. April 2022 keine dokumentierten Arztbehandlungen stattgefunden hätten. Es habe zu dieser Zeit keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr gegeben. Zudem habe die Beschwerdegegnerin

den Grundfall im Dezember 2020 abgeschlossen. Mithin sei die Beschwerdegegnerin infolge Rückfalls leistungspflichtig. Es sei bereits im Einspracheverfahren darauf hingewiesen worden, dass die vorliegende Aktenlage für die Beurteilung des Sachverhalts ungenügend und die Einschätzung von Dr.

D. ___ nicht beweiskräftig sei. Mithin habe die Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes ein externes medizinisches Gutachten zu veranlassen und danach erneut über den Leistungsanspruch zu entscheiden (Urk. 1). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin aus, bei bereits ursprünglich überwiegend wahrscheinlich fehlenden unfallbedingten,

strukturellen Schädigungen und der zwischenzeitlich eingetretenen uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit während deutlich über einem Jahr sei ein Rückfall mit erneuter UV-Leistungspflicht zu Recht verneint worden. Die Unfallkausalität der neu geltend gemachten Beschwerden sei vom Beschwerdeführer zu beweisen (Urk. 7). 2.4

Der Beschwerdeführer führte replicando aus, mangels Brückensymptome sei der Leistungsanspruch nicht unter dem Aspekt des Grundfalls, sondern unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, was die Beschwerdegegnerin bisher unterlassen habe. Jedenfalls genüge der einfache Hinweis auf die Beweislast des Beschwerdeführers, ohne vertiefte

Auseinandersetzung mit der Stellungnahme von Dr. B.____
vom 12.

September 2022 nicht . Zudem habe Dr. B.____ die Unfallkausalität des vorliegenden
Beschwerdebildes

im Bericht vom 7. April 2022 bestätigt (Urk. 12). 2.5

In ihrer Duplik hielt die Beschwerdegegnerin fest, sie habe zu prüfen gehabt, ob sie für die
ab Ende März 2022 wieder geklagten Beschwerden am rechten Hand gelenk weiterhin
leistungspflichtig oder ob die Unfallkausalität dieser neu ge klagten Beschwerden
weggefallen sei. Letzteres sei infolge einer beschwerdefreien Latenzzeit mit voller
Arbeitsfähigkeit von über einem Jahr und bei bereits ursprünglich fehlender unfallbedingter
struktureller Schädigung und vorbestehende n Verschleisschäden der Fall gewesen . Die
replicando verlangte Anspruchs prüfung unter dem Aspekt des Rückfalls verkenne , dass
der Beschwerdeführer die anspruchsbegründenden Tatsachen zu beweisen habe und sich
die Beweislosigkeit zu seinem Nachteil auswirke. Da die Beschwerdegegnerin den
rechtsgenüglichen Beweis betreffend Einstellung der Versicherungs leistungen und Wegfall
des ursächlichen Kausalzusammenhangs erbracht habe, könne bei derselben Aktenlage
nicht gleichzeitig der Nachweis anspruchs begründender Tatsache n für ein en Rückfall
gelingen (Urk. 15). 3.

3.1

Währenddem die Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung per 30. März 2022 im
angefochtenen E insprachee ntscheid

sowie duplicando bestätigte und dies einerseits mit dem Wegfall der Unfallkausalität und
andererseits damit begründete, es habe nie eine Unfallkausalität bestanden (Urk. 2 , Urk.

E. 15

), stellte sie sich in d er Beschwerdeantwort auf den Standpunkt , da bereits anlässlich der
Operation vom 15.

August 2019 keine Unfallfolgen operiert worden seien, sei sie auch für den Rückfall mit
Datum vom 3 0. März 2022 nicht leistungspflichtig (Urk.

7). 3.2

Ausweislich der Akten hat d ie Beschwerdegegnerin die im Zusammenhang mit dem Unfall
vom 1 7. Juli 20 1 9 erbrachten Versicherungsleistungen mit formlosem Schreiben vom 15.

Dezember 2020 eingestellt (Urk. 8/78). D agegen hat d er Beschwerdeführer innerhalb
eines Jahres keine Einwände erhoben, womit der Fallabschluss vom 15.

Dezember 2020 Rechtsverbindlichkeit erlangt hat (vgl. hie vor, E. 1.2).

Bei dieser Sach- und Rechtslage best eht

vorliegend kein Raum für eine

(erneute) Leistungseinstellung per 30.

März 2022 und hätte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht unter dem Aspekt des
Rückfall s prüfen müssen. Da die vor liegenden Akten hinreichend aufschlussreich und das
rechtliche Gehör gewahrt ist (Urk. 10), ist im Folgenden zu prüfen, ob die

Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die als Rückfall gemeldete Schmerzexazerbation im rechten Handgelenk seit dem 30.

März 2022 zu Recht verneint hat . 4. 4 .1

Im UVG-Bericht vom 23. Oktober 2019 hielt Dr. A. ____

fest, der Beschwerdeführer habe sich als Motorradfahrer bei einer Notbremsung ein Distorsionstrauma am rechten Handgelenk zugezogen mit akut einschliessenden Schmerzen, indem er das kippende Motorrad an der Lenkstange aufgefangen habe . Als objektive Befunde notierte sie – näher umschriebene – Druckdolenzen , eine lokalisierte Weichteilschwellung sowie schmerzhaft limitierte Bewegungseinschränkung im rechten Handgelenk (Urk. 8/21 , vgl. auch Urk. 8/1; und

Urk. 8/10). 4.2

Aufgrund der am 29. Juli 2019 im Spital E. ____

durchgeführten MR-Tomographie hielt der beurteilende Radiologe ein normales Knochenmarksignal, unauffällige Stellungsverhältnisse, kein höhergradiger Knorpelschaden, ein intaktes TFCC, unauffällige Beuge- und Strecksehnen, ein Weichteilödem dorsal auf Höhe des proximalen Os capitatum unterhalb der Extensor- carpi - radialis - brevis -Sehne, eine SL-Bandruptur rechts (Pars membranacea und dorsaler Anteil) und den Verdacht auf eine beginnende 3 mm grosse Ganglionzyste

dorsol

karpometakarpal zwischen dem zweiten und dritten Strahl fest. Ein Fraktur nachweis habe sich nicht ergeben (Urk. 8/20). 4 .3

Dr. B. ____

hielt

im Konsiliarbericht vom 6. August 2019 den Verdacht auf eine frische SL-Bandruptur am rechten Handgelenk nach Handgelenksdistorsion vom 17. Juli 2019 fest. Der Beschwerdeführer habe beim Motorradfahren eine Notbremsung durchführen müssen. Indem er versucht habe, das kippende Motorrad aufzufangen, sei es zu einer Distorsion des rechten Handgelenks gekommen. Eine wesentliche Schwellung oder Blutergussbildung habe nicht bestanden. Der Beschwerdeführer habe am Unfalltag noch versucht zu arbeiten. Infolge Schmerzen habe er die Arbeit nach einem halben Tag unterbrechen müssen. Klinisch zeige sich eine schmerzbedingt etwas eingeschränkte Extension und Flexion bei freier Unterarmdrehung, ein mässiger Druckschmerz über dem SL-Intervall , ohne wesentliche Schwellung oder Blutergussbildung . Der Kahnbein verschiebetest nach Watson sei positiv. Die am 18. Juli 2019 durchgeführte [Anmerkung des Gerichts: nicht aktenkundige] Röntgendiagnostik des rechten Handgelenks in zwei Ebenen habe eine DISI-Stellung mit einem scapholunären Winkel von 80°, eine Verkürzung des Kahnbeins mit Ringzeichen und Verkippung des Lunatums ergeben . Ergänzend habe sie (Dr. B. ____) eine Belastungsaufnahme durchgeführt. Dabei habe sich eine leichte Aufrichtung des Kahnbeins mit noch vorhandenem Ringzeichen sowie eine Lunatumverkippung und daher ein nicht komplett

einsehbarer S-Spalt gezeigt; ebenso eine angedeutete Ulnaplusssituation ohne wesentlichen Vorschub. Die bereits vorhandene statische Fehlstellung der Handwurzelknochen sei

auffällig, zumal eine solche normalerweise erst längere Zeit nach einer SL-Bandverletzung auftritt. Zur sicheren Beurteilung sei eine Arthroskopie des rechten Handgelenks in Planung (Urk. 8/15). 4.4

Bei der von Dr. B.____ am 15. August 2019 durchgeführten diagnostischen Arthroskopie ergab sich eine SL-Bandruptur IV

und LT-Bandlockerung III

sowie einen grossen, zentralen, im MRT nicht beschriebenen TFCC-Defekt mit lokalisierter Chondromalazie III° des Ellenkopfes und lokaler Synovitis. Das SL-Band habe prolabierte, vermehrt gefässinjiziert und dorsal aufgelockert gewirkt und es hätten sich nur mässig nähbare Bandanteile gezeigt

(vgl. Operationsbericht, Urk. 8/16).

4.5

Anlässlich der geplanten Verlaufskontrolle am 8. Dezember 2020 habe der Beschwerdeführer berichtet, er komme im Grossen und Ganzen im Alltag und bei der Arbeit zurecht; bei speziellen Belastungen habe er noch etwas Schmerzen ellenseitig und das Handgelenk knacke auch. Klinisch – so Dr. B.____ weiter – hätten sich eine Extension/Flexion des Handgelenks von 70°-50° (links 70°-80°) bei freier Unterarmdrehung sowie Radial- und Ulnaradduktion, reizlose Nerven, ein leichter Druckschmerz am ECU-Ansatz und eine freie Fingerbeweglichkeit gezeigt; zudem ein positiver Watson-Test ohne wesentliche Schmerzsymptomatik. Bei der Messung der groben Griffkraft mit dem Jamar-Dynamometer Stufe 3 hätten sich Werte von 44 kg und 42 kg (links 48 kg und 50 kg) ergeben. In Absprache mit dem Beschwerdeführer werde die Behandlung nunmehr abgeschlossen (vgl. Konsiliarbericht vom 8. Dezember 2020, Urk. 8/76). 4.6

Infolge zunehmender belastungsabhängiger Schmerzen seit Jahresbeginn wurde der Beschwerdeführer am 7. April 2022 erneut bei Dr. B.____

vorstellig. Im Konsiliarbericht selben Datums hielt diese eine erneute scapholunäre Dissoziation rechts bei/mit Zustand nach SL-Bandnaht, Kirschnerdraht-Transfixation SL und SC vom 15. August 2019 bei 4° SL-Bandruptur nach Distorsion des Handgelenks vom 17. Juli 2019 fest. Infolge der aktuellen Schmerzexazerbation könne der Beschwerdeführer seine ursprüngliche Arbeitstätigkeit nicht mehr durchführen. Vor diesem Hintergrund sei er hausärztlicherseits seit dem 29. März 2022 wieder krankgeschrieben worden. Klinisch bestünden eine ordentliche Beweglichkeit (60°-45°) mit freier Unterarmdrehung, näher beschriebene Druckschmerzen und eine deutliche Kraftminderung. Radiologisch zeige sich bereits in Ruhe eine deutliche Aufweitung des SL-Intervalls mit Siegelringzeichen und ein pathologischer SL-Winkel, jedoch keine wesentliche sichtbare sekundäre Arthrose. Zur Therapie sei zunächst eine Entlastung mittels Handgelenksorthese mit gleichzeitiger Ergotherapie und später gegebenenfalls eine Infiltration resp. operative Intervention durchzuführen (vgl. Konsiliarbericht vom 7. April 2022, Urk. 8/82). 4.7

Auf entsprechende Vorlage kam Dr. D.____

mit Stellungnahme vom 16. Juni 2022 zum Schluss, der Unfall habe keine zusätzlichen strukturellen Läsionen gezeigt; der am 15. August 2019 operierte

Gesundheitsschaden sei nicht auf den Unfall zurückzuführen. So ergäben sich aus dem klinischen Erstbefund keine objektivierbaren, äusseren Verletzungszeichen (kein Hämatom, keine Haut- Weichteilverletzung). Zudem hätten sich bereits am 18. Juli 2019 radiologisch primäre Siegelringzeichen und eine DISI-Fehlstellung im Sinne einer bereits älteren SL-Bandläsion mit/bei einer (anlagebedingten) Ulnarplus -Variante gezeigt. Alsdann habe die MR-Tomographie vom 29. Juli 2019, nicht ganz zwei Wochen nach dem Unfall, ein normales Knochenmarksignal ohne Hinweise auf eine frische, ossäre Begleitverletzung (kein Bone

bruise, keine Fraktur) zur Darstellung gebracht. Schliesslich seien intraoperativ am 15. August 2019, ein Monat nach dem Unfall, fortgeschrittene, degenerative Veränderungen und Zeichen eines chronisch entzündlichen synovialen Reizzustandes und eines zentralen TFCC-Defekts festgestellt worden. Die operative beschriebene dorsale Auflockerung und vermehrte Gefässinjektion des SL-Bandes bei intakten palmaren Strukturen mit nur mässig nährbaren Bandanteilen und Auflockerung des LT-Bandes bei einer aber stabilen ulnaren TFCC-Aufhängung entspreche in der Gesamtbetrachtung gleichfalls keiner überwiegend wahrscheinlich frischen Traumatologie, sondern eher einem bereits älteren, chronischen Vorschaden. Mit hin hätten Unfallfolgen zwei bis drei Monate nach dem Grundereignis keine Rolle mehr gespielt im Beschwerdebild. Bei dem aktuell en klinischen und bildgebenden Befund handle es sich um eine erwartungsgemässe, natürliche Progredienz der bereits in der primären Bildgebung dargestellten SL-Dissoziation und DISI-Fehlstellung. Dabei handle es sei nicht um eine frisch-traumatische, sondern um eine ältere Fehlstatik der Handwurzel (Urk. 8/94). 4.8

In seiner Aktenbeurteilung vom 11. August 2022 hielt Dr. D.____ fest, es habe sich bereits anlässlich der primären Röntgenuntersuchung vom 18. Juli 2019 eine komplexe Fehlstellung der Handwurzelknochen mit DISI-Fehlstellung und eine

Lunatumverkipfung mit Siegelringzeichen dargestellt. In Übereinstimmung mit der handchirurgischen Beurteilung [von Dr. B.____] entspreche dies keiner überwiegend wahrscheinlichen frischen traumatischen, sondern viel eher einer bereits älteren, in stummer oder manifester Weise vorbestehenden Schädigung des Handgelenks, wie sie «normalerweise erst nach längerer Zeit nach einer SL-Bandverletzung auftrete». Im Fall einer richtunggebenden frischen Traumatologie bei einer derart schweren Schädigung wäre neben den unfalltypischen Begleitverletzungen (z.B. des Knochens oder Zerreissungen des Gewebes mit Einblutungen) auch eine eindrucksvolle, umgehend invalidisierende funktionelle Behinderung mit der Unmöglichkeit körperlicher Belastungen und einer Immobilisierung der Hand zu erwarten gewesen. Letzteres sei in Anbetracht der radiologischen Befunde und lediglich «etwas eingeschränkter Extension und Flexion bei freier Unterarmdrehung», ohne unfalltypische Verletzungen, namentlich Haut- und Weichteilverletzung oder Blutergussbildung, nicht der Fall gewesen. Zudem habe der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben am Unfalltag noch versucht, zu arbeiten.

Im MRI des rechten Handgelenks vom 29. Juli 2019, nicht ganz zwei Wochen nach dem Unfall, habe sich ein normales Knochenmarksignal dargestellt und könne insofern eine knöcherne Verletzung ausgeschlossen werden. Nebenbefundlich

habe sich eine dorsale Ganglionzyste als Zeichen degenerativer Veränderungen gezeigt. Darüber hinaus hätten sich intraoperativ einen Monat nach dem Unfall eine vorbestehende, fortgeschrittene Chondromalazie dritten Grades im Bereich des Ellenkopfes, ein zentraler

TFCC-Defekt und ein synovialer Reizzustand im Bereich der aufgelockerten LT- und SL-Bänder mit Gefässinjizierung er geben . Diese Befunde entsprächen keine n frischen Traumafolgen , sondern eher wahrscheinlich einem chronischen degenerativen Verschleisschaden mit einem bereits langdauernden Reizzustand des Hand gelenks ; dazu passe die chronisch erhöhte, unphysiologische Beanspruchung des Handgelenks bei einer hier anlagebedingt festgestellten Ulnavariante . Die intra operativ beschriebene Vulnerabilität mit einer schlechten Nähbarkeit des entzündlich veränderten und aufgelockerten SL-Bandes und rückfälliger Dissoziation würden ebenfalls gegen einen akuten, sondern eher für einen chronischen, entzündlichen und degenerativen Handgelenksschaden sprechen.

Bei alle dem sei auch die im April 2022 von Dr. B.____ diagnostizierte scapholunäre Dissoziation rechts nicht unfallkausal . Im Gegenteil habe Dr.

B.____ trotz des ansonsten problemlosen Eingriffs angesichts der bereits prä mär komplexen und überwiegend wahrscheinlich vorbestehenden Handgelenks schädigung mit Fehlstellung der Handwurzelknochen und nur noch schlecht näh barem Befund vorausschauend mit einer bleibenden oder wiederauftretenden SL-Instabilität mit erneuter Operationsindikation gerechnet. Mithin würden die vor liegenden Befunde, einschliesslich der bereits operativ erwarteten rückfälligen Beschwerden und wiederauftretenden SL-Instabilität , weniger zu einer frischen Verletzung infolge des Unfalls vom 17. Juli 2019 passen. Überwiegend wahrscheinlich handle es sich dabei viel

eher

um einen vorzeitigen, natürlich progredienten Verschleisschaden und chronischen Reizzustand des in stummer oder manifester Weise vorgeschädigten Handgelenks mit/bei einer langdauernden Fehl-/Über belastung des Gelenks im Rahmen einer hier biomechanisch ungünstigen Ulnaplus -Varianz und handwerklicher Tätigkeit (Urk. 8/111).
4.9

Zur Aktenbeurteilung von Dr. D.____ (vgl. E. 4.8) nahm Dr. B.____ am 12. September 2022 Stellung (Urk. 8/ 124). Dabei führte sie aus, das Ausmass der scapholunären Instabilität sei abhängig von einer Begleitverletzung des exzentrischen Bandapparates. Intraoperativ habe sich in diesem Sinne ein Abriss der dorsalen Kapsel des Radius gezeigt. Eine umgehende Invalidisierung oder funktionelle Beeinträchtigung mit der Unmöglichkeit körperlicher Belastung sei nicht in jedem Fall gegeben beziehungsweise in unterschiedlichem Ausmass und abhängig von der körperlichen Belastung und dem Patienten an sich. Gemäss Zuweisung von Dr. A.____ habe bereits ab dem 10. August 2019 eine Arbeits unfähigkeit bestanden. Im MRI sei sehr wohl ein Weichteilödem beschrieben worden. Es müsse auch angemerkt werden, dass MRT-Befunde auch falsch negativ sein könnten. So sei der TFCC als intakt beschrieben worden. Nach erneuter Durchsicht des MRI vom 29. Juli 2019 [durch Dr. B.____] zeige sich im Bereich des proximalen Kahnbeinpols ein leichtes Knochenmarködem. Alsdann handle es sich bei der Chondromalazie am Ellenkopf mit dem grossen zentralen TFCC Defekt um eine von der SL-Bandverletzung unabhängige Pathologie. Eine vermehrte Gefässinjektion im Bereich des SL-Bandes sei nicht per se auf eine chronisch degenerative Verschleisserscheinung zurückzuführen, sondern könne auch traumatisch bedingt sein. Intraoperativ sei das SL-Band als noch nahtfähig an gesehen worden, was zu einer drei Wochen alten Verletzung passe. Eine chirurgische Thematisierung einer schweren kompletten SL-Bandverletzung schliesse auch die mögliche

Entwicklung einer sekundären erneuten Insuffizienz beziehungsweise deren Folgeschäden mit ein. Es sei daher eine unabhängige handchirurgische Begutachtung zu empfehlen (Urk. 8/124). 5.

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