

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00028

vom 2. Mai 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00028

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00028 du 2 mai 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00028 del 2 maggio 2025

Erwägungen

E. 1

0. Juni 2007 geltend. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2022 teilte die Suva der Versicherten mit, es würden weitere Abklärungen getätigt (Urk. 13/363). Mit Verfügung vom 22. März 2023 verneinte die Suva ihre Leistungspflicht bezüglich der rückfallweise geltend gemachten rechts seitigen Handbeschwerden (Urk. 13/408). Die von der Versicherten am 13. April 2023 erhobene Einsprache (Urk. 13/413) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 1. Januar 2024 ab (Urk. 13/440 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). 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 zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise 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

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 körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weg gedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfiere (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die bloss e Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungs anspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwi schen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausal zusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adä quate 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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4).

UV170080 Kausalzusammenhang adäquat, organische Gesundheitsschädigung 06.2024 Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adä quan z hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4).

E. 1.4

UV170290 Rückfälle und Spätfolgen, Definition 02.2021 Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpas sung an geänderte unfallkausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversiche rung durch das Institut der Neu anmeldung geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Unfallereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 UVV) und erneut Leistungen der Unfallversiche rung zu beanspruchen. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederauffla ckern 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 orga nische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearte ten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 1.5

UV170280 Rückfälle und Spätfolgen, Kausalzusammenhang 03.2023 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). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C_448/2022 vom 23. November 2022 E. 2.3 und 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

E. 1.7

UV170530 Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Einschätzungen 01.2021 Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner 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 versicherungs internen 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).

E. 2

Die Versicherte erhob am 8. Februar 2024 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 11. Januar 2024 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei vollumfänglich aufzuheben (S. 2 Ziff. 1), und es seien ihr angemessene Versicherungsleistungen rückwirkend per 27. Oktober 2022 sowie fortlaufend auszurichten (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2024 (Urk. 12) beantragte die S uva die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 26. März 2024 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 7 f. Ziff.

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, es gehe vorliegend um das Unfallereignis vom 10. Juni 2007. Seither bestehe eine persistierende schlaffe Parese der rechten Hand mit Gefühlsstörungen und Schmerzen. Der am 27. Oktober 2022 gemeldete Rückfall stehe im Zusammenhang mit dem genannten Unfallereignis. Am 23. Dezember 2022 sei bei ihr ein MRI des Handgelenks rechts durchgeführt worden, da dort starke Schmerzen wie der aufgetreten seien. Zwar habe der behandelnde Arzt nur geringe Reizungen im Verlauf der Sehne sowie ein unauffälliges Retinaculum flexorum festgestellt, jedoch seien bei der Untersuchung Metallabrieb oder Fremdkörper in der Hand rechts festgestellt worden. Dies müsse als weitere Ursache des Schmerzes gesehen werden, welche ebenfalls mit dem Unfallereignis vom 10. Juni 2007 und der dies bezüglichen Operation vom 10. September 2009 in Zusammenhang stehe (S. 8). Die Schmerzen in der Hand rechts würden seit dem Unfallereignis und der Operation ein wiederkehrendes Leid darstellen (S. 9). Es müsse als erstellt angesehen werden, dass der Unfall vom 10. Juni 2007 als das schädigende Ereignis zusammen mit der Operation vom 10. September 2009 und die damit erfolgte Deponie eines Fremdkörpers in der Hand als andere Bedingungen, die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt habe. Mit anderen Worten könne der Unfall nicht wegedacht werden, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen.

Sodann könnten die Bedenken aus dem Weg geräumt werden, dass die Zunahme der Beschwerden der Überlastung an der Nutzung des Rollators geschuldet sei (S. 12). Sämtliche Ärzte und weitere Medizinalpersonen, welche sich ausdrücklich für die Kausalität ausgesprochen hätten, würden die Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum betreuen und hätten volle Kenntnis über die Vorakten. Bei ihren Einschätzungen handle es sich um die Schlussfolgerung aller relevanten Faktoren, welche begründet und schlüssig seien (S. 13). Mit Blick auf das Gutachten von Dr. B.____ im Vergleich zu den anderen Untersuchungsergebnissen habe einlässlich begründet werden können, weshalb

die verwaltungsinterne Aktenbeurteilung nicht überzeuge (S. 16).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden der rechten Hand im Sinne eines Rückfalls in rechts genügendem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. Juni 2007 stehen, und sie somit Anspruch auf Versicherungsleistungen hat.

3. 3.1

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, berichtete am 16. Januar 2015 (Urk. 13/44) und nannte folgende Diagnosen: - unklare Handbeschwerden rechts mit Sensibilitätsstörungen und Krafteinbusse bei - Status nach Hamulusfraktur (Juni 2007) und Hamulusexzision (September 2009 bei Pseudoarthrose)

Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe nach der Hamulusexzision immer wieder gewisse lokale Beschwerden gehabt, diese hätten im Rahmen der Ausbildung zur Lagerlogistikerin zugenommen. Teilweise habe sie belastungsabhängig die rechte Hand kaum gespürt, insbesondere sei die Hand aber sehr kraftlos gewesen, und sie habe Gegenstände fallen lassen (S. 1). Klinisch fänden sich, abgesehen von einem möglichen Thoracic-outlet-Syndrom (TOS), Anhaltspunkte für eine Kompromittierung des Medianusnervs, am Rande auch des Ulnarisnervs rechts. Entsprechend erfolge zunächst eine neurologische Beurteilung (S. 2). 3.2

Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 29. Januar 2015 (Urk. 13/50/2-4) und nannte folgende Diagnose: - Chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand unklarer Ursache nach Hamulusfraktur 2007 und Hamulusexzision 2009 - schmerzbedingte Pseudoarthrose - klinisch und neurologisch keine Anhaltspunkte für eine Läsion des Nervus medianus oder Nervus ulnaris rechts - initiales komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ I?

Sie führte aus, nach Angaben sei die Beschwerdeführerin im postoperativen Verlauf zumindest vorübergehend beschwerdefrei gewesen, was somit gegen eine chronische CRPS-Symptomatik spreche. In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine muskulären Atrophien der rechten oberen Extremität gezeigt, eindeutige Paresen seien ebenfalls nicht nachweisbar gewesen. Die sensible und motorische Neurographie des rechten Nervus medianus und Nervus ulnaris sei gänzlich unauffällig gewesen, somit ergäben sich keine Anhaltspunkte für ein traumatisches Karpaltunnelsyndrom beziehungsweise eine distale Läsion des Nervus ulnaris (S. 2). Zusammenfassend fänden sich bei fehlenden beziehungsweise objektivierbaren neurologischen Störungen keine neurologische Erklärung des aktuellen Schmerzsyndroms (S. 3). 3.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt der Suva, berichtete am 18. Juni 2015 (Urk. 13/93) über die kreisärztliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom gleichen Tag und nannte folgende Diagnosen (S. 5): - unklare Schmerzsituation Handgelenk rechts nach Exzision des Hamulus ossis hamati 2009 wegen Pseudoarthrose nach nicht dislozierter Fraktur 2007 - erstmalige Diagnose CRPS Typ I April 2015

Er führte aus, die Beschwerdeführerin klagte über einen extremen Kraftverlust sowie Schmerzen in der dominanten rechten Hand (S. 3, S. 5). Die Abklärungen beim

Handchirurgen hätten einen unauffälligen Lokalbefund gezeigt, dies inklusive Bildgebung mittels MRI (vgl. Urk. 13/67). Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine Pathologie, die Vermutungsdiagnose eines CRPS sei dann in der Schmerzlinik bestätigt worden. Die empfohlene medikamentöse Behandlung habe die Beschwerdeführerin aber abgelehnt. Bei der klinischen Untersuchung ergebe sich eine deutliche Diskrepanz, indem die Unterarmmuskulatur symmetrisch ausgebildet sei zur Gegenseite, obwohl es sich um die dominante Seite handle. Bei der initialen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines CRPS ergeben. Etwas später weise die Beschwerdeführerin aber auf eine herabgesetzte Hauttemperatur der Finger und des Handrückens rechts hin, was bestätigt werden könne. Die deutlich vermehrte Schweißsekretion in der Untersuchungssituation sei hingegen symmetrisch. Klinisch möglich sei ein TOS, eine affirmative Diagnose anhand der Klinik sei aber wie üblich nicht möglich (S. 5 f.). Bildgebend im MRI des rechten Handgelenks vom 12. Februar 2015 (vgl. Urk. 13/67) zeigten sich unauffällige Verhältnisse, insbesondere sei kein sicherer Nachweis auf das Vorliegen eines CRPS gegeben. Wie bereits Dr. D.____ sei er etwas ratlos, es ergäben sich doch erhebliche Diskrepanzen zwischen klinischem Befund und den angegebenen massiven Beschwerden. Eine Belastungsgrenze der dominanten rechten Hand von 1.5 kg erscheine nur fraglich glaubwürdig angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin Auto und Fahrrad fahren könne. Es sei eine Beurteilung in der spezialisierten Rheumatologie des G.____ zu veranlassen (S. 6). 3.4

Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, Chefarzt Klinik G.____, berichtete am 8. Juli 2015 (Urk. 13/96) über die ambulante Sprechstunde und nannte folgende Diagnose (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom Hand rechts, dominant (Erstmanifestation 2007), Differentialdiagnose CRPS in partieller Remission, sympathisch vermittelter Schmerz (SMP)

Er führte aus, es bestehe eine gute Funktionsfähigkeit der rechten Hand. Auf Befundebene sei lediglich eine Hypästhesie/Hypalgesie, eine Hyperhidrose und eine schmerzinduzierte Schwäche zu erheben. Aufgrund der heutigen Befunde sei eine chronische Schmerzsymptomatik mit sympathisch unterhaltenem Schmerz zu diskutieren. Therapeutisch gebe es zum heutigen Zeitpunkt keine Möglichkeiten, die Beschwerden positiv zu beeinflussen. Bisherige intensive Massnahmen hätten keine Änderung des Zustandes gebracht (S. 2 f.). 3.5

Suva-Kreisarzt Dr. F.____ nahm am 20. Juli 2015 ergänzend Stellung (Urk. 13/98) und führte aus, nachdem die Beschwerdeführerin in der Rheumatologie der Uniklinik G.____ und in der Schmerzlinik des Universitätsspitals I.____ beurteilt worden sei, müsse festgehalten werden, dass es keine erfolgversprechenden Therapie-Optionen gebe mit Ausnahme der mässig gut wirkenden Schmerzmedikamente, welche die Beschwerdeführerin einnehme. Der initiale Verlauf sei gut dokumentiert. Dr. D.____ als erfahrener Spezialarzt für Handchirurgie habe initial nie ein CRPS diagnostiziert, so dass die Erwägungen von Dr. H.____ mit etwas Vorsicht zur Kenntnis genommen werden müssten. Bei auch in der Rheumatologie der Uniklinik G.____ bestätigter guter Funktion der Hand müsse jetzt zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden. Eine leichte, die dominante rechte Hand wenig belastende Tätigkeit sei vollzeitig zumutbar. Insbesondere die Tätigkeit im Büro, welche die Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübt habe, stelle eine günstige Tätigkeit dar, diese wäre vollzeitig möglich. 3.6

Suva-Kreisarzt Dr. F. ___ führte am 22. Juli 2015 (Urk. 13 /103) zu einer Integritätsentschädigung aus, die Beurteilung richte sich nach der strukturell darstellbaren Pathologie. Eine erhebliche strukturell-organische Schädigung sei hier nicht zu erkennen, entsprechend könne auch keine erhebliche Integritätsschädigung erkannt werden. 3.7

Dr. H. ___ berichtete am 29. August 2017 (Urk. 13 /163) über die Verlaufskontrolle der Beschwerdeführerin und nannte als neue Diagnose eine multiple Sklerose (MS), schubförmig remittierend (Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2016). Er führte aus, bezüglich der rechten Hand bestehe weiter hin ein stark protrahierter Verlauf, wobei für die Beschwerdeführerin vor allem die Schmerzen, die Bewegungseinschränkung und die Kraftlosigkeit im Vordergrund stünden (S. 1). Auf Symptomebene bestünden unverändert CRPS-verdächtige Veränderungen. Objektiv zeigten sich anlässlich der heutigen Konsultation keine Anhaltspunkte auf ein florides CRPS an der linken Hand (S. 2). 3.8

Dr. med. J. ___ , Fachärztin für Chirurgie, Kreisärztin der Suva, nahm am 23. Januar 2018 Stellung (Urk. 13 /196) und führte aus, die geltend gemachten Beschwerden der rechten Hand seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen wegen des CRPS Typ I. Klinisch objektiv liege eher keine namhafte Zustandsveränderung der rechten Hand seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 18. Juni 2015 vor. Es werde eine erneute Vorstellung bei Dr. H. ___ empfohlen, damit das seinerseits empfohlene MRI durchgeführt werden könne. 3.9

Die am 15. März 2018 durchgeführte radiologische Untersuchung mittels MRI (Urk. 13 /207) zeigte nach Entfernung des Hamulus ossis hamatum geringe narbige Veränderungen palmar auf Höhe des Carpus, jetzt reizlos. Im Übrigen zeige sich ein normales MRI der Hand. 3.10

Dr. H. ___ berichtete am 30. Mai 2018 (Urk. 13 /214) über die Verlaufskontrolle der Beschwerdeführerin und führte aus, bezüglich der Hand bestünden unveränderte Beschwerden. Unter den gegebenen Umständen könnten der Beschwerdeführerin aus physikalisch-medizinischer Sicht keine erfolgversprechenden Therapieoptionen angeboten werden. 3.11

Suva-Kreisärztin Dr. J. ___ nahm am 7. Juni 2018 Stellung (Urk. 13 /216) und führte aus, die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Hand seien überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen. Entsprechend der vorliegenden Unterlagen gehe man von einem atypischen CRPS Typ I aus, welches sich nach der Hamulusexzision vom 10. September 2009 entwickelt habe, bei Status nach Fraktur des Hamulus ossis hamati nach Sturz beim Inlineskaten am 10. Juni 2007. Seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 18. Juni 2015 liege keine namhafte Zustandsveränderung der Hand rechts vor. Vergleiche man die objektiven Befunde vom 18. Juni 2015 mit denen vom 8. Juli 2015 und dem aktuellen Bericht vom 30. Mai 2018, so habe sich bezüglich der rechten Hand keine Veränderung ergeben. Auch bildmorphologisch habe sich im Verlauf im Bereich des rechten Handgelenks keine objektivierbare Veränderung ergeben. Weitere Abklärungen seien aktuell nicht von Nöten, da ein aktuelles MRI sowie eine Verlaufskontrolle bei Dr. H. ___ durchgeführt worden seien. Es sei keine Änderung bezüglich der Zumutbarkeit sowie betreffend die Schätzung des Integritätsschadens eingetreten. 3.12

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, Kreisarzt der Suva, nahm am 20. August 2018 eine neurologische Beurteilung vor (Urk. 13 /226) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich ihres Unfalls vom 10. Juni 2017 (richtig: 2007) eine Fraktur des Hamulus rechtsseitig zugezogen, nach dessen Exstirpation 2009 habe sich ein Schmerzsyndrom der rechten Hand entwickelt, welches im Verlauf differentialdiagnostisch als CRPS I, CRPS II oder auch sympathisch vermittelter Schmerz beurteilt worden sei (S. 3). Die Zumutbarkeit für eine leichte Tätigkeit im Büro werde als vollzeitlich möglich angenommen. Dieser Beurteilung könne er sich anschliessen. Es könne auf die Beurteilung bezüglich Zumutbarkeit durch Dr. F.____ abgestellt werden. Rein unfallbedingt sei aus versicherungsmedizinisch neurologischer Sicht auf das von Dr. F.____ beschriebene Zumutbarkeitsprofil abzustellen (S. 4). 3.13

Suva-Kreisärztin Dr. J.____ nahm am 13. März 2019 Stellung (Urk. 13 /262) zum Integritätsschaden und führte aus, dreieinhalb Jahre nach der Erstbeurteilung empfehle sie ein aktuelles Verlaufs-MRI der rechten Hand, da die rein klinische Beurteilung nicht ausreiche. 3.14

Die am 17. April 2019 durchgeführte MR-Untersuchung der rechten Hand (Urk. 13 /277) ergab einen unverändert regelrechten Zustand nach Hamulusexzision. Es fanden sich keine tenosynovitischen Veränderungen an dieser Lokalisation. Auch in den übrigen Abschnitten fanden sich keine Tenosynovitiden und keine Synovitiden. Die interkarpalen Ligamente sowie der Discus articularis waren regelrecht. Es zeigte sich kein Nachweis von Knorpelschäden über den Handwurzelknochen. Es zeigte sich eine nicht pathologische Handgelenks-/Handuntersuchung rechts nach Hamulusexzision 2009. 3.15

Suva-Kreisärztin Dr. J.____ nahm am 13. Mai 2019 Stellung (Urk. 13 /283) und führte aus, an der Beurteilung vom 22. Juli 2015 könne festgehalten werden. Es bestehe keine Zunahme der Arthrose im Handwurzelbereich, bildmorphologisch sei dieser unverändert/gleichbleibend. Es bestehe eine gute Handfunktion, im Verlauf werde keine klinische Veränderung beschrieben. 3.16

Suva-Kreisärztin Dr. J.____ nahm am 27. Mai 2019 eine medizinische Beurteilung des Integritätsschadens vor (Urk. 13 /285) und führte aus, es bestehe ein Status nach Hamulusexzision rechts bei Status nach Hand - kontusion/Hamulusfraktur

ohne nachweisbare neurologische/neuro - physiologische/neurographische Läsion des Nervus medianus/Nervus ulnaris rechts, ohne nachweisbare bildmorphologische Veränderungen bezüglich der CRPS-Diagnose im Bereich der rechten Hand. Es verbleibe eine Funktionseinschränkung und verminderte Belastbarkeit der rechten Hand. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich. Der Integritätsschaden werde in Zusammenschau der Tabellen und den vorliegenden medizinischen Berichten sowie der bildgebenden Diagnostik auf 10 % geschätzt. Dies entspreche 25 % des Handwertes bei vollständigem Verlust und somit sei sowohl die Handwurzelknochenresektion wie auch die Differentialdiagnose CRPS bei guter Handfunktion im Verlauf abgegolten. Bezüglich der CRPS-Diagnose habe sich im Verlauf keine Veränderung ergeben, so dass die gute Handfunktion, welche anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 18. Juni 2015 erhoben worden sei, die symmetrisch ausgebildete Unterarmmuskulatur, die fehlenden Hinweise auf eine Differenz der Trophik an den Händen auch im weiteren Verlauf weiter so bestätigt werde. Auch anhand der bildgebenden Diagnostik habe bildmorphologisch kein sicherer Nachweis auf das Vorliegen eines CRPS gestellt werden können. 3.17

Die Gutachter der L.____ AG erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 8. Juli 2019 zuhanden der IV-Stelle (Urk. 13 /289) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - multiple Sklerose vom schubförmig verlaufenden Typ, aktuell ohne Verschlechterung - Schmerzsyndrom der rechten Hand bei - Status nach Fraktur des Hamulus ossis hamati rechts 10. Juni 2007 - Status nach Resektion des Hamulus und Tenosynovektomie sowie Trimmung FDS 5- und FDP 4/5-Sehne rechts am 10. September 2009

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 6): - depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - Mischkopfschmerz - suboptimal substituierte Hypothyreose

Sie führten aus, die Diagnostik habe weder eine Kompressionsneuropathie noch die teils vermutete Verdachtsdiagnose eines CRPS bestätigen können. Ausreichende Symptome, die nach den Budapest- beziehungsweise Harden-Kriterien retrospektiv die Diagnose eines CRPS belegen könnten, seien nicht vorhanden. Die zur Diagnose eines chronisch persistierenden CRPS nötigen Störungen wie atrophische Muskel- und Hautveränderungen, Durchblutungsstörungen und Sehnenverklebungen fanden sich bei der Beschwerdeführerin nicht. Daher könnten auch keine CRPS-bedingten Funktionsdefizite vorliegen. Auch wenn ein CRPS abgelaufen wäre, hätte sich dieses – wie bei zwei Drittel der Fälle – folgenlos zurückgebildet. Die durch verschiedene Untersucher im April 2015 favorisierte Diagnose des CRPS sei aber schon im Juli 2015 nicht mehr bestätigt worden. Es sei dann ein chronisches Schmerzsyndrom festgestellt worden. Somatisch sei auch leider nicht ersichtlich, warum nach fünf Jahren die Beschwerden an der rechten Hand wieder aufgeflammt seien, zumal von der Beschwerdeführerin kein Auslöser angegeben werden können und eindeutige pathologische Befunde nicht zu erheben gewesen seien. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der handchirurgischen Behandlung über einen Zeitraum von zirka 5 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit mehr dieses züglich geltend gemacht habe und zeitweise 100 % in einem Logistikunternehmen im Büro gearbeitet habe, mache die Diagnose eines CRPS, aber auch die einer anderen durch Traumafolgen bedingten Funktionseinschränkung an der rechten Hand wenig wahrscheinlich. Trotz liquordiagnostischer Vermutung eines klinischen isolierten Syndroms im Oktober 2015 und späterer Diagnose einer Multiplen Sklerose im Oktober 2016 lasse sich jedoch klinisch-neurologisch auch keine neurologische Ursache der berichteten sensomotorischen Funktionsstörung der rechten Hand feststellen, wobei nach eigener Angabe die Funktionsstörung der rechten Hand auch schon vor Auftreten der Multiplen Sklerose bestanden habe. Die neurologische Untersuchung erbringe weder den Befund einer peripheren noch einer zentralen Parese an der rechten Hand. Trotz Bestehens der handschuhförmigen Hypästhesie werde kein Störmuster eines nervlichen Schmerzes zur Erklärung der Beschwerden angegeben. Bei Fehlen pathologischer neurologischer und Lokalbefunde stelle sich die Frage nach einer psychischen Ursache (S. 4).

Dabei ergäben sich aber keine Hinweise für eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer authentischen dissoziativen Bewegungsstörung mit Lähmung der Extremitäten, denn entgegen den diagnostischen Kriterien sei der Beginn schleichend und zeitlich nicht mit dem Beginn der MS-Erkrankung oder einer anderen erheblichen Belastung gekoppelt gewesen. Weiter bestünden keine Hinweise auf psychische Konflikte, erhebliche psychosoziale Belastungen zur Zeit des Entstehens der Störung und auch nicht die üblichen prämorbid auffälligkeiten. Am ehesten sei daher von der Entwicklung einer

Selbstlimitierung auszu gehen im Sinne einer relativ bewusstseinsnahen Funktionsstörung. Hierfür spreche auch die Vielzahl der bei der Beschwerdeführerin festgestellten Inkonsistenzen. Die bis anhin durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung schein diese Thematik gar nicht berücksichtigt zu haben. Die Abklärung von allfälligen motivationalen (bewusstseinsnahen) Aspekten wäre aber bei weiter anhalten der Symptomatik zwingend. Die klinisch-psychiatrische Untersuchung habe auch keine sonstige Psychopathologie gezeigt (S. 5). Insgesamt bestünden keine Einschränkungen der psychischen Funktionen aufgrund einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung. Es lägen aber Hinweise für eine Selbstlimitierung vor, die zu einem stärkeren Funktionsdefizit als erkrankungsbedingt führen würden. Von der Beschwerdeführerin werde eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand angegeben, die sich aber somatisch und auch nicht durch eine psychische Erkrankung erklären lasse. Es dürfte eine Selbstlimitierung ursächlich sein. Die Beschwerdeführerin sei allerdings linksdominant und schreibe auch links. Tätigkeiten wie bisher seien auch weiter möglich. Beidhändige Präzisions tätigkeiten sollten nicht mehr zugemutet werden (S. 6).

Betreffend Inkonsistenzen wurde ausgeführt, die Berichte von einer völligen Immobilität der rechten Hand und beider Beine passten nicht zum somatischen Befund einer intakten Muskulatur, intaktem Tonus und einem symmetrischen Muskelprofil, normalem Reflexverhalten und einem unauffälligen MRI der Wirbelsäule. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, dass eine auf die Hand bezogene Arbeitsfähigkeit von nur 40 %, wie zuletzt als Zolldeklarantin möglich sei, jedoch kein grösseres Arbeitspensum, erscheine aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht plausibel, da eine Erholungspause zwischen den zwei (vollen) Arbeitstagen nicht vorgelegen habe. Aufgrund dieser Angaben und der erhobenen Befunde hätten sich die Befunde nicht rein somatisch zuordnen lassen, jedoch hätten sich auch keine Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung ergeben. Die aktuelle Blutuntersuchung zeige, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihren Angaben keine Schmerzmittel und keine Psychopharmaka einnehme. Dies relativiere den angegebenen Leidensdruck ebenfalls erheblich. In der bisherigen, im Wesentlichen leidensangepassten Tätigkeit als Zolldeklarantin könne die Beschwerdeführerin medizintheoretisch, ausschliesslich unter Berücksichtigung der neurologischen Funktionsstörungen, noch zu 70 % tätig sein, wobei keine Minderung der zeitlichen Präsenz vorliege, sondern eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 30 %. Dies gelte für jede andere angepasste Tätigkeit, mithin für Tätigkeiten, die im Sitzen an einem rollstuhl gerechten Arbeitsplatz einhändig ohne Zeitdruck und Stressbelastung erbracht werden könnten (S. 8). 3.18

Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 5. September 2019 (Urk. 13/301/7-10) und nannte folgende Diagnosen: - Multiple Sklerose mit schubförmigem Verlauf, Differentialdiagnose sekundär progredient verlaufend (Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2015; richtig: 2016) mit aktuell ausgeprägter Ataxie - chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand, bei Status nach Trauma am 10. Juni 2007 mit Fraktur des Hamulus ossis hamati mit Status nach Hamulusexzision am 10. September 2009 mit persistierender schlaffer Parese der rechten Hand mit Gefühlsstörungen - chronische, bioccipitale Kopfschmerzen seit 2015

Er führte aus, die schlaffe Lähmung der rechten Hand lasse sich organisch nur schwierig erklären, im EMG seien die Armnerven problemlos stimulierbar und die beschriebene Anastomose sei ohne Einfluss auf die motorische Funktion der rechten Hand. Als Ursache dieser schlaffen Paresis der rechten Hand käme also lediglich ein zentrales Geschehen in

Frage und somit die seit Oktober 2015 bekannte Multiple Sklerose. Ein direktes Korrelat habe in den Akten allerdings nicht gefunden werden können.

E. 4

) damit, dass aufgrund der medizinischen Aktenlage und dabei im Wesentlichen mit Blick auf die nachvollziehbar begründete, sämtliche Vorakten berücksichtigende und insgesamt die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte erfüllende Beurteilung der Versicherungsmedizinerin

Dr. B.____ sei vorliegend nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die von der Beschwerdeführerin im Sinne eines Rückfalls gemeldeten Beschwerden an der rechten Hand auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen seien. Die erfahrene Versicherungsmedizinerin begründe insbesondere unter Bezugnahme auf die bildgebend und klinisch erhobenen Befunde sowie die tatsächlichen Gegebenheiten in überzeugender Weise, dass und weshalb die als Rückfall geltend gemachten Handbeschwerden rechts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Schadenereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen seien. Auf diese ärztliche Beurteilung könne voll und ganz abgestellt werden. Zur gleichen Einschätzung sei auch die behandelnde Handchirurgin und folglich Fachspezialistin Dr. C.____ gelangt. Die eingereichten Stellungnahmen, wonach die geklagten Handbeschwerden rechts auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückgeführt werden sollten, würden nicht überzeugen. Ferner würden die von der Beschwerdeführerin eingereichten Stellungnahmen den medizinischen Akten widersprechen, habe doch mittels ultrasonographischer Untersuchung vom 23. Dezember 2022 das Vorhandensein eines Fremdkörpers ausgeschlossen werden können. Nach dem Gesagten vermöchten die eingereichten Stellungnahmen keine Zweifel an der Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit der versicherungsmedizinischen Beurteilung zu erwecken.

E. 4.1

1

Dr. med. Judith B.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin, erstattete ihre ärztliche Beurteilung am 8. Januar 2024 (Urk. 13/438) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich in der Folge zur erneuten Rückfallmeldung vom 27. Oktober 2022 bei Dr. C.____ vorgestellt, welche die geklagten Beschwerden so nicht erklären könne. Sie habe am 22. Dezember 2022 eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt und keine pathologischen Befunde erheben können. Zur weiteren Diagnostik sei die Durchführung einer Magnetresonanztomografie und einer neurologischen Untersuchung zum Ausschluss einer Kompressionsproblematik des Nervus medianus auf Höhe des Handgelenks empfohlen worden. Nach Durchführung der Magnetresonanztomografie am 23. Dezember 2022, in welcher Suszeptibilitätsartefakte differentialdiagnostisch als Metallabrieb oder Fremdkörper subkutan auf Höhe des Retinaculum flexorum diskutiert würden, schliesse Dr. C.____ diese durch persönliche Inaugenscheinnahme der anatomischen Region mittels Ultraschall aus. In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 6. März 2023 nehme sie bezüglich der Unfallkausalität der geklagten Beschwerden dezidiert Stellung und äussere sich so, dass aus ihrer Sicht nicht bestätigt werden könne, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin unfallbedingt seien. Gegen diese Einschätzung argumentierten sowohl Dr. M.____, Dr. O.____ als auch Dr. phil. P.____ gegenteilig und schätzten ein, dass das Schmerzsyndrom der

rechten Hand Folge des Traumas an der rechten Hand vom 10. Juni 2017 sei und kein Zusammenhang mit der seit Frühjahr 2015 bestehenden multiplen Sklerose bestünde. Eine dezidiertere Argumentation mithilfe von Befunden erfolge durch den Neurologen nicht. In seiner weiteren ärztlichen Bestätigung vom 12. April 2023 argumentiere er, dass trotz dessen, dass die Beschwerdeführerin an einer multiplen Sklerose leide und seit 5 Jahren auf einen Rollator angewiesen sei, die Beschwerden an der rechten Hand auf das Trauma vom 10. Juni 2007 zurückgingen. Eine unterstützende Argumentation anhand neurologisch erhobener Untersuchungsbefunde sei auch hier nicht erfolgt. Es erscheine erstaunlich, dass ein Experte für Psychoanalytik, der auf einem nichtsomatischen Teilgebiet der Humanmedizin tätig sei, in seinem Schreiben mit an Sicherheit grenzender Logik ausschliesse, dass Metallsplitter anders als durch eine Operation in eine Hand gelangt seien und demzufolge diese Operation mit hoher Wahrscheinlichkeit die Ursache der Metallrückstände sei. Eine ergänzende Betrachtung, dass zwei vorangehende, der Operation zeitlich nähere MRT-Untersuchungen keine Ergebnisse dieser Art zutage gefördert hätten, dass die Suszeptibilitätsartefakte lediglich differentialdiagnostisch als Metallabrieb eingeschätzt würden und dass die erfahrene, in die Abklärung involvierte Handchirurgin Fremdkörper mittels eigener, durchgeführter Ultrasonografie ausgeschlossen habe, erfolge nicht. Gesamthaft vermöchten weder die Begründung des Neurologen Dr. M.____

noch die Argumentation des Psychoanalytikers beziehungsweise Psychiaters hinsichtlich der von ihnen argumentierten Kausalität in Bezug auf die Beschwerden an der rechten Hand der Beschwerdeführerin zu überzeugen.

Die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Hand seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen, da im Rahmen des initialen, zweigeteilten Behandlungszeitraums bis zum Wiedereintritt der vollen Arbeitsfähigkeit am 11. Oktober 2009 überwiegend wahrscheinlich kein CRPS klinisch etabliert gewesen sei, die Beschwerdeführerin im anschließenden Zeitraum bis Januar 2015, also über 6 Jahre, keine ärztlichen Konsultationen in Bezug auf die erlittenen Unfallfolgen an der rechten Hand wahrgenommen habe und damit überwiegend wahrscheinlich von einer abgeschlossenen Ausheilung nach Entfernung des Knochenfragments einer Pseudoarthrose des Hamulus ossis hamati nach Avulsions-Fraktur desselbigen ausgegangen werden könne, neurologische Unfallfolgen an der rechten Hand im gesamten Verlauf wiederholt durch neurophysiologische Messungen ausgeschlossen worden seien, erhebliche Diskrepanzen zwischen angegebenen Beschwerden und ärztlich objektivierten, klinischen Befunden von verschiedenen Ärzten dokumentiert und diskutiert würden (Dr. D.____ , Dr. F.____ , Dr. H.____), sämtliche, im Verlauf angefertigte Magnetresonanztomogramme, bis auf differentialdiagnostisch einmal genannte Suszeptibilitätsartefakte, unauffällig seien und eine weitere, erfahrene Handchirurgin im Dezember 2022 zu der Einschätzung komme, dass aufgrund erneuter bildgebender, neurophysiologischer Diagnostik und eigentätig durchgeführter Sonografie die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht erklärt beziehungsweise die Handchirurgin nicht bestätigen könne, dass die Beschwerden mit Sicherheit unfallbedingt seien (S. 15 ff.) .

E. 4.2

Die MRT-Untersuchung des rechten Handgelenks vom 23. Dezember 2022 (Urk. 13/384) ergab eine geringe, im Vergleich zur Voruntersuchung vom 17. April 2019 (vgl.

vorstehend E. 3.14) abnehmende Reizung im Verlauf der Flexor pollicis longus Sehne im Karpaltunnel, ein Suszeptibilitätsartefakt palmar des Flexoren Retinakulums, Differentialdiagnose Metallabrieb oder Fremdkörper. Die angrenzenden Weichteile seien reizlos und das Retinakulum flexorum sei unauffällig. 4. 3

Dr. C.____ berichtete erneut am 23. Dezember 2022 (Urk. 13/375/5) und führte aus, die Magnetresonanztomografie dokumentiere eine angeblich im Verlauf regredierende, minimale Reizung des Musculus flexor pollicis longus (FPL). Zudem werde ein Artefakt (Differentialdiagnose Metallabrieb, Fremdkörper) subkutan auf Höhe des Retinakulum flexorum beschrieben. Auch heute gebe die Beschwerdeführerin die Beschwerden diffus an, mit *Punctum maximum* in der Hohlhand selber. Der Operateur habe damals nach der Operation gesagt, irgendwann könne sie den Mittelfinger und Ringfinger dann gar nicht mehr bewegen. Die Ultraschalluntersuchung der Region des Retinakulum flexorum vom 23. Dezember 2022 habe keine Hinweise für Fremdkörper ergeben. Leider könne sie der Beschwerdeführerin nichts bieten, es sei denn, die Elektroneurographie weise ein Karpaltunnelsyndrom (CTS) nach. 4. 4

Dr. med. J.____, Fachärztin für Chirurgie, Suva Versicherungsmedizin, nahm am 28. Februar 2023 Stellung (Urk. 13/390) und führte aus, die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Hand seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 10. Juni 2007 zurückzuführen. Die Zunahme der Beschwerden sei der Überlastung geschuldet, da die Beschwerdeführerin sich neu nur mit Hilfe des Rollators (MS) fortbewegen könne. Die klinische Untersuchung sowie die Bildgebung (MRI Handgelenk rechts vom 23. Dezember 2022, Sonografie vom 22. Dezember 2022) zeigten keine gravierende Veränderung im Verlauf seit dem letzten Abschluss.

E. 4.5

Dr. C.____ nahm am 6. März 2023 auf Verlangen der Beschwerdeführerin erneut Stellung (Urk. 13/395) und führte aus, es könne weder bewiesen noch ausgeschlossen werden, dass die Beschwerden an der rechten Hand unfallbedingt seien. Falls nicht hieb- und stichfest bewiesen werden könne, dass die Schmerzen unfallbedingt seien, sei es in der Regel tatsächlich so, dass die Unfallversicherung die Kostenübernahme ablehne. Sie könne der Beschwerdeführerin beim besten Willen nicht bestätigen, dass die Beschwerden mit Sicherheit unfallbedingt seien.

E. 4.6

und E. 4.9), Dr. O.____ (vgl. vorstehend E. 4.8) und Dr. phil. P.____ (vgl. vorstehend E. 4.10) vermögen keine Zweifel an der Beurteilung durch

Dr. B.____ zu begründen. So begründete der Neurologe Dr. M.____ seine Ausführungen, wonach das chronische Schmerzsyndrom an der rechten Hand auf das Trauma vom 10. Juni 2007 zurückgehe und keinen Zusammenhang mit der seit Frühjahr 2015 bestehenden Multiplen Sklerose habe, nicht konkret, und es erfolgte durch ihn auch keine eingehende Beurteilung

anhand neurologisch erhobener Untersuchungsbefunde.

Auch die Aussagen des Psychiaters Dr. O.____ (vgl. vorstehend E. 4.8) und des Psychotherapeuten Dr. phil. P.____ (vgl. vorstehend E. 4.10) vermögen die Begründung der Versicherungsmedizinerin Dr. B.____ hinsichtlich der Kausalität in Bezug auf die Handbeschwerden der Beschwerdeführerin nicht umzustossen, machen sie doch lediglich

pauschale (und zudem fachfremde) Aussagen, welche in keiner Weise medizinisch begründet werden. Angaben zu einem funktionellen Schadensbild finden sich in den Berichten keine. Die Objektivität der Ausführungen von Dr. phil. P.____ erscheint zudem äusserst fragwürdig angesichts des Umstands, dass er der Beschwerdeführerin ein Darlehen über Fr. 30'000.-- gewährte und dazu bemerkte, in Erwartung von Rentenzahlungen der Suva und der SVA könne mit der Rückzahlung zugewartet werden (vgl. Urk. 17/15). Weitere Erörterungen hierzu erübrigen sich.

E. 4.7

Dr. J.____, Suva Versicherungsmedizin, nahm am 21. März 2023 erneut Stellung (Urk. 13/402) und führte aus, es liege kein Rückfall bezüglich der rechten Hand vor, denn in der vorliegenden Bildgebung vom 23. Dezember 2022 zeige sich keine gravierende Veränderung seit Abschluss. Ein Teil der Beschwerden seien auf Unfallfolgen zurückzuführen, jedoch die aktuelle Zunahme der Überlastung sei dem Gehen am Rollator geschuldet.

E. 4.8

Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 29. März 2023 (Urk. 13/410) und führte aus, er halte die Beurteilung der Rückfallkausalität durch

Dr. J.____ für nicht schlüssig und schon gar nicht geeignet, den natürlichen Kausalzusammenhang gerichtstauglich zu beurteilen.

E. 4.9

Dr. M.____ berichtete erneut am 12. April 2023 (Urk. 13/420) und führte aus, das Schmerzsyndrom habe keinen Zusammenhang mit dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin für die Fortbewegung auf einen Rollator angewiesen sei. Sie sei seit zirka 5 Jahren auf den Rollator angewiesen, die Beschwerden an der rechten Hand bestünden jedoch seit der am 10. Juni 2007 erlittenen Verletzung der rechten Hand beziehungsweise der am 10. September 2009 durchgeführten Hamulusexzision. Bei den Beschwerden an der rechten Hand (chronische Schmerzen, Taubheitsgefühl und schlaffe Parese) handle es sich ausschliesslich um Folgen der am 30. Mai 2007 (richtig: 10. Juni 2007) erlittenen Verletzung.

E. 4.10

Dr. phil. h.c. P.____, Psychotraumatheapeut, nahm am 13. April 2023 Stellung (Urk. 13/421) und führte aus, man könne nicht hieb- und stichfest etwas aus der Vergangenheit beweisen oder ausschliessen, aber es könne mit an Sicherheit grenzender Logik ausgeschlossen werden, dass Metallsplitter anders als durch eine Operation in eine Hand gelangen würden, und innerhalb der Handfläche habe damals diese Operation stattgefunden. Man habe einen Handwurzelknochen entfernt, wobei diese Operation mit hoher Wahrscheinlichkeit die Ursache der Metallrückstände sei. Da eine andere Ursache nicht bekannt sei und nicht in Frage komme, bleibe es eine juristische Spitzfindigkeit zugunsten der Versicherung, diese Ursache zu leugnen. In diesem Sinne sei der Brief von Dr. C.____ als Bären dienst an der Beschwerdeführerin zu werten.

E. 5

).

Weitere Abklärungen sind nicht nötig. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Nicolas Simon - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schüpbach

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stellte für die Beantwortung der Frage, ob zwischen dem Unfall vom 10. Juni 2007 und den von der Beschwerdeführerin als Rückfall gemeldeten Beschwerden am rechten Handgelenk ein Kausalzusammenhang besteht, auf die Stellungnahme der Versicherungsmedizinerin Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 4.11) ab. Dieser standen für ihre ärztliche Beurteilung vom Januar 2024 die von der Beschwerdeführerin eingereichten und die von der Beschwerdegegnerin beigezogenen und eingeholten Akten zur Verfügung. Diese insbesondere aus echtzeitlichen Berichten zu bildgebenden und klinischen Untersuchungen bestehenden medizinischen Akten ermöglichen die Beantwortung der sich hier stellenden Frage nach einer allfälligen Unfallkausalität der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Handbeschwerden.

E. 5.2

Dr. B.____ führte in ihrer Beurteilung vom Januar 2024 zunächst aus, dass nach dem Sturz mit den Inlineskates vom 10. Juni 2007 radiologisch kein struktureller Schaden an der rechten Hand diagnostiziert worden sei. Nach anhalten den Beschwerden sei nach entsprechender klinischer und bildgebender Diagnostik eine basisnahe Hamulusfraktur rechts sowie eine ältere, abgeheilte, in korrekter Stellung

verheilte Fraktur des Radiusstyloids rechts diagnostiziert worden. Trotz ausbleibender Heilung der Fraktur, aber bei klinischer Beschwerdefreiheit, sei die Behandlung drei Monate nach dem Unfallereignis abgeschlossen und die Beschwerdeführerin wieder zu 100% arbeitsfähig eingeschätzt worden. Zwei Jahre später sei aufgrund vermehrter Schmerzen an der rechten Hand unter Belastung eine subperiostale Exzision des Hamulusfragments und eine Bedeckung der freiliegenden Knochenoberfläche mittels Periostlappen unter begleitender Tenolyse und Tenosynovektomie der Beugesehnen Dig IV/V an der rechten

Hand durchgeführt worden. Die Behandlung sei im Oktober 2009 abgeschlossen und die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit zu 100 % dokumentiert worden. Im Januar 2015, siebeneinhalb Jahre nach dem primären Unfallereignis und sechs Jahre nach der letzten handchirurgischen Konsultation, habe sich die Beschwerdeführerin aufgrund lokaler Beschwerden (belastungsabhängige Gefühlsstörungen, gewisse Kraftlosigkeit) an der rechten Hand erneut in der handchirurgischen Sprechstunde vorgestellt, wobei die resultierende weitergehende Diagnostik von neurologischer Seite bei fehlender beziehungsweise objektivierbarer neurologischer Störung keine neurologische Erklärung des Schmerzsyndroms finde. Die Beschwerden hätten fortbestanden und auch im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom Juni 2015 hätten keine strukturellen Läsionen, die die angegebenen Beschwerden erklärten, gefunden werden können. In einer elektrophysiologischen Untersuchung im Oktober 2017 werde ein Karpaltunnelsyndrom ausgeschlossen. Zwischenzeitlich sei die Diagnose einer schubförmigen, remittierenden multiplen Sklerose mit Erstmanifestation im Oktober 2015 und

nachfolgende Erstdiagnose im Oktober 2016 als unfallfremde Erkrankung gestellt worden. Gemäss fachradiologischer Einschätzung vom April 2019 zeige sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom März 2018 eine unauffällige Handgelenkskonfiguration (Urk. 13/438 S. 10 f.).

Während des zweigeteilten Behandlungszeitraums der im Juni 2007 erlittenen Avulsions-Fraktur des Hamulus ossis hamati sei in den echtzeitlichen medizinischen Dokumenten zu keinem Zeitpunkt die Diagnose eines CRPS, weder den Symptomen nach berichtet noch differentialdiagnostisch benannt, dokumentiert. Vielmehr werde die Behandlung nach der Operation im Oktober 2009 abgeschlossen und im anschließenden Zeitraum bis zum Januar 2015 seien keine ärztlichen Konsultationen in Bezug auf die erlittenen Unfallfolgen, insbesondere auch nicht wegen eines CRPS, erfolgt (Urk. 13/438 S. 13 f.). Die Magnetresonanztomogramme vom Februar 2015 sowie vom April 2019 zeigten Normalbefunde ohne die zu einem späteren Zeitpunkt (Dezember 2023) diskutierten Suszeptibilitätsartefakte (Urk. 13/438 S. 14 ff.).

Alsdann hielt sie bezüglich der hier zu prüfenden, aktuellen Beschwerden zutreffend fest, dass die behandelnde Handchirurgin Dr. C.____ die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nach magnetresonanztomografischer und ultrasonografischer Untersuchung, mit der ein Fremdkörper auf Höhe des Karpalkanals ausgeschlossen worden sei, nicht erklären könne und Ergotherapie empfehle.

Dr. C.____ könne keine pathologischen Befunde erheben. Dabei sei festzuhalten, dass aufgrund des Magnetresonanztomogramms vom 23. Dezember 2022 nativ und mit i.v. Kontrast in der Beurteilung Suszeptibilitätsartefakte auf Höhe der Beugesehnen beschrieben würden, die lediglich differentialdiagnostisch als Metallabrieb oder Fremdkörper einzuschätzen seien, also eine Vermutung und keine sichere Diagnose darstellten. Zudem habe die erfahrene Handchirurgin mit teils ultrasonografischer Untersuchung gleichentags Fremdkörper ausgeschlossen (Urk. 13/438 S. 12 ff.).

In einer Gesamtschau hat Dr. B.____ somit in Übereinstimmung mit den Angaben in den echtzeitlichen Akten festgehalten, dass nach dem Unfall vom Juni 2007 neurologische Unfallfolgen wiederholt durch neurophysiologische Messungen ausgeschlossen worden seien und die angefertigten Magnetresonanztomogramme, bis auf differentialdiagnostisch einmal genannte Suszeptibilitätsartefakte, alle unauffällig seien. Des Weiteren führte sie in

nachvollziehbarer Weise aus, dass auch die erfahrene und die Beschwerdeführerin behandelnde Handchirurgin zur Einschätzung komme, dass aufgrund der bildgebenden und neurophysiologischen Diagnostik sowie eigentätig durchgeführten Sonografie die geklagten Beschwerden nicht erklärt werden könnten und nicht mit Sicherheit unfallbedingt seien. Jedenfalls erweist sich die Beurteilung durch

Dr. B.____ vom Januar 2024 (vorstehend E. 4.11), wonach die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Handbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom Juni 2007 verursacht wurden, nach dem hievorigen Ausgeführten als schlüssig und überzeugend. Es kann darauf abgestellt werden, auch zumal die übrigen Berichte der behandelnden Ärzte deren Schlussfolgerungen nicht in Zweifel zu ziehen vermögen.

E. 5.3

Die Stellungnahmen von Dr. M.____ (vgl. vorstehend E.

E. 5.4

Zusammengefasst kann die Beschwerdeführerin den Nachweis, dass die geltend gemachten Handbeschwerden der rechten Hand überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 10. Juni 2007 zurückzuführen sind, nicht erbringen. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht.

Gestützt auf die Beurteilung durch

Dr. B.____

ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die erneut geklagten Handbeschwerden auf den Unfall vom 10. Juni 2007 zurückzuführen sind. Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist nach der behandelnden Handchirurgin Dr. C.____

lediglich möglich. Für die Anerkennung eines Rückfalles fehlt es daher an der Voraussetzung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall. Diese Beurteilungen stehen zudem in Einklang mit dem Umstand, dass während mehreren Jahren keine Handproblematik dokumentiert worden und ein neues Ereignis nicht aktenkundig ist. Bei einem so grossen zeitlichen Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind strenge Anforderungen an den der Beschwerdeführer in obliegenden Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (vgl. vorstehend E. 1.

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