



Fall-Nr.: UV 2011/5
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 01.04.2020
Entscheiddatum: 05.12.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 05.12.2011

Art. 9 Abs. 1 und UVG. Abklärung des Vorliegens einer Berufskrankheit im Fall von beidseitigen Handgelenksbeschwerden (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Dezember 2011, UV 2011/5). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_108/2012

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 5. Dezember 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter F. Siegen, Stadtturmstrasse 10, Postfach 1328, 5401 Baden,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war als Mitarbeiterin der B.____ AG bei der Suva für die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie dieser am 17. Januar 2001 Beschwerden im rechten Unterarm melden liess (UV-act. 1). Anlässlich einer Abklärung am Arbeitsplatz erklärte die Versicherte, die Beschwerden seien entstanden, nachdem sie im Sommer 2000 von ihrer langjährigen Arbeitgeberin auf einem neuen Arbeitsplatz eingesetzt worden sei. Bei diesem neuen Projekt habe die Tätigkeit insbesondere darin bestanden, Doppelprintplatten mit Druck in ein Prüfgerät einzuspannen. Da der Prüfadapter nicht optimal funktioniert habe, sei für eine einwandfreie Funktionskontrolle ein erhöhter Kraftaufwand erforderlich gewesen. Die Beschwerden im Bereich Handgelenk und Unterarm seien ab November 2000 aufgetreten, nachdem der Arbeitsdruck sehr hoch gewesen sei und viel Überzeit habe geleistet werden müssen (UV-act. 6). Nach Einholung von Arztberichten des Hausarztes Dr. med. C.____, des Orthopäden Dr. med. D.____ und des Chirurgen Dr. med. E.____ veranlasste die Suva eine Untersuchung bei ihrem Kreisarzt Dr. med. F.____ (UV-act. 9). Mit Verfügung vom 30. März 2001 lehnte die Suva Leistungen ab, weil keine Berufskrankheit vorliege (UV-act. 10). Die von der Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (UV-act. 12, 33) wies die Suva nach Vornahme verschiedener medizinischer Abklärungen mit Entscheid vom 14. Dezember 2005 ab. Es sei nicht mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die Beschwerden stark überwiegend (zu mindestens 75%) durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden seien (UV-act. 125). Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 16. August 2006 (UV 2006/15) teilweise gut und wies die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und neuer Verfügung an die Suva zurück.

A.b Am 6. Februar 2007 erklärte sich die Versicherte mit der Durchführung einer diagnostischen Handgelenks-Arthroskopie einverstanden (UV-act. 139). Nach (vergeblichen) Versuchen der Suva, diese in die Wege zu leiten (vgl. dazu unter anderem UV-act. 150, 156, 158), wurde von Seiten des Kantonsspitals St. Gallen am 30. August 2007 eine Ulnaverkürzungsosteotomie (gegebenenfalls mit vorgängiger diagnostischer Handgelenksarthroskopie und gleichzeitiger Durchführung der



therapeutischen Massnahmen) vorgeschlagen (UV-act. 162; vgl. auch UV-act. 178). Auf ein Schreiben der Suva vom 14. September 2007 (UV-act. 164) liess die Versicherte durch den Rechtsdienst Integration Handicap am 30. November 2007 mitteilen, ihr sei nochmals Gelegenheit zu geben, ihre Beschwerden abklären zu lassen (UV-act. 171). Hierauf schlug die Suva am 8. Februar 2008 vor, eine weitere medizinische Abklärung durch die vorleistungspflichtige Krankenversicherung finanzieren zu lassen (UV-act. 172). Die Versicherte erklärte sich damit unter der Voraussetzung der Taggeldausrüstung durch die Suva einverstanden (UV-act. 174, 177, 180). Nachdem die Suva die Durchführung der Massnahme im Kantonsspital St. Gallen mit Schreiben vom 8. Januar 2009 veranlasst hatte (UV-act. 182, 183), liess sich die Versicherte am 27. Januar 2009 durch Dr. med. G.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, untersuchen, welche von einer Ulnaverkürzungsosteotomie mit oder ohne Handgelenksarthroskopie abriet (UV-act. 185). Gestützt hierauf liess die Versicherte der Suva am 30. Januar 2009 mitteilen, sie wolle auf die Osteotomie verzichten und vorläufig nur die Arthroskopie und allenfalls während der Operation weitere indizierte Massnahmen durchführen lassen (UV-act. 186). Am 3. März 2009 erklärte sie ergänzend, sie sei nie mit einer Ulnaverkürzungsosteotomie einverstanden gewesen, sondern lediglich mit einer Arthroskopie und allfällig nötigem Eingriff (UV-act. 187). Nach Durchführung von weiteren Abklärungen (vgl. unter anderem UV-act. 192, 196) gab die Suva der damaligen Rechtsvertreterin der Versicherten unter Einräumung des rechtlichen Gehörs am 4. November 2009 bekannt, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit nicht erfüllt seien (UV-act. 197). Die Rechtsvertreterin reichte hierauf eine Stellungnahme vom 16. Dezember 2009 ein (UV-act. 198). Am 8. Januar 2010 verfügte die Suva im Sinn ihres Schreibens vom 4. November 2009 (UV-act. 200). Der Krankenversicherer akzeptierte die Verfügung vom 8. Januar 2010 und damit seine Leistungspflicht (UV-act. 201). Die von der Rechtsvertreterin der Versicherten gegen die Verfügung vom 8. Januar 2010 eingereichte Einsprache (UV-act. 202) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 30. November 2010 ab (UV-act. 207).

B.

B.a Gegen diesen Entscheid erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 17. Januar 2011 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der Entscheid sei aufzuheben, und ihr seien wegen des Vorliegens einer Berufskrankheit Versicherungsleistungen



St.Galler Gerichte

auszurichten. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen zur Erstellung einer exakten Diagnose und zur Abklärung des Vorliegens einer Berufskrankheit vorzunehmen. Zur Begründung legte sie unter anderem dar, die bleibenden Schmerzen in den Handgelenken - rechts mehr als links - seien eindeutig auf die Überlastungssituation bei der zwischen Juli und Dezember 2000 ausgeübten Tätigkeit zurückzuführen. Die vom Versicherungsgericht angeordneten Abklärungen habe die Beschwerdegegnerin nicht durchgeführt (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die Ausführungen im angefochtenen Entscheid und legte unter anderem dar, ärztlicherseits bestehe Einigkeit, dass eine Handgelenksarthroskopie ausschliesslich zu diagnostischen Zwecken ohne gleichzeitige therapeutische Massnahmen aus medizinischer Sicht nicht vertretbar und unzweckmässig sei (UV-act. 156, 158, 162, 181). Die Beschwerdeführerin habe indessen therapeutische Eingriffe kategorisch abgelehnt (UV-act. 150, 156, Schreiben vom 6. März 2009 in UV-act. 189). Zwischenzeitlich seien sich die involvierten Ärzte einig, dass die Beschwerdeführerin an einer degenerativen TFCC-Läsion leide, diese Läsion bereits klinisch und kernspintomographisch erstellt sei und sich somit eine rein diagnostische Arthroskopie ohnehin erübrige (vgl. UV-act. 122, 156, 158, 162, 178, 181, 185). Eine TFCC-Läsion lasse sich keinesfalls als Berufskrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG (SR 832.20) qualifizieren. Selbst wenn man zur Auffassung gelange, dass die beidseitigen Handgelenksbeschwerden nach wie vor keiner klaren Diagnose zugeordnet werden könnten, wäre die Annahme einer Berufskrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG ausgeschlossen (UV-act. 196), zumal die Beschwerdeführerin die Beweislast bzw. die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen habe.

B.c Rechtsanwalt Dr. iur. Peter F. Siegen, Zürich, teilte für die Beschwerdeführerin am 23. Mai 2011 den Verzicht auf eine Replik mit. Entgegen dem Gerichtsentscheid vom 16. August 2006 habe die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt nicht abgeklärt, weshalb nicht mehr gesagt werden könne als bisher.

Erwägungen:

1.



Streitig ist vorliegend, ob die Handgelenks- und Unterarmbeschwerden der Beschwerdeführerin eine Berufskrankheit im Sinn des UVG darstellen und somit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auslösen. Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 ATSG, SR 830.1), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 UVG). Nach der Rechtsprechung müssen der schädigende Listenstoff oder die krankmachende Arbeit im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Anteil von mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a). Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG). Dies ist praxisgemäss der Fall, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde (BGE 119 V 201 E. 2b). Diese Voraussetzung ist nach der Rechtsprechung erfüllt, wenn nachgewiesen ist, dass die Häufigkeit des Auftretens der Krankheit in einer bestimmten Berufsgruppe mindestens viermal höher ist als in der Bevölkerung im allgemeinen (BGE 116 V 136 E. 5c; RKUV 1999, Nr. U 326 S. 109 E. 2, 1997, Nr. U 273 S. 178 E. 3). Bei unklarem Beschwerdebild lässt sich die Frage des Nachweises einer stark überwiegenden berufsbedingten Verursachung in aller Regel nicht positiv beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 12. April 2002, U 2/00, E. 2b/bb).

2.

2.1 Dr. C.____ und Dr. D.____ diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin im Januar 2001 eine Tendovaginitis rechts, wobei Dr. D.____ präziserte, diese betreffe die Flexor carpi ulnaris Sehne (UV-act. 2, 3). Der Chirurg Dr. _____ ging nach Untersuchung der Beschwerdeführerin am 23. Februar 2001 von einer Tendinitis der Flexor carpi ulnaris Sehne beidseits aus und ergänzte, zusätzlich bestehe allenfalls eine Chondropathie des Os pisiforme, ebenfalls arbeitsbedingt (UV-act. 5). Im Untersuchungsbericht vom 19. März 2001 hielt Suva-Kreisarzt Dr. F.____ fest, seines Erachtens liege keine Tendinitis respektive Ansatzendinose des Flexor carpi ulnaris vor, sondern eher eine latente Medianussymptomatik im Karpaltunnel (UV-act. 9, S. 4). Nach einer



Untersuchung vom 4. April 2001 hielt der Hausarzt Dr. C.____, dem der Untersuchungsbericht des Suva-Kreisarztes vom 19. März 2001 in Kopie zugestellt worden war, jedoch nach wie vor die Diagnose Tendovaginitis für sehr wahrscheinlich und betonte den Zusammenhang mit der Arbeit der Beschwerdeführerin (Beilage zu UV-act. 12). Aufgrund der diagnostischen Unklarheit ordnete die Beschwerdegegnerin eine neurologische und elektrodiagnostische Untersuchung an, die die Neurologin Dr. med. I.____ am 10. Mai 2001 durchführte. Sie stellte fest, dass die Messwerte der motorischen und sensiblen Medianus- und Ulnarisneurographie rechts gut im Normalbereich lägen und der klinisch-neurologische Befund normal sei. Somit fänden sich keine Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts. Auch Anhaltspunkte für eine Kompressionsneuropathie des N. ulnaris im Handgelenksbereich oder im Sulcus N. ulnaris gebe es nicht (UV-act. 28). Suva-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt in einer Beurteilung vom 21. November 2001 fest, die initial gestellte Diagnose einer Tendinitis der Flexor carpi ulnaris Sehne sei aktuell nicht mehr nachvollziehbar. Noch immer müsse von einem diagnostisch unklaren Beschwerdebild rechtsbetont an beiden Handgelenken gesprochen werden (UV-act. 29). Nur kurze Zeit nach dieser Beurteilung, am 17. Dezember 2001, stellte der Orthopäde Prof. Dr. med. K.____ die Diagnose der Tendinose Flexor carpi ulnaris und chronische Periostitis Os pisiforme. Er fügte an, nach genauer Befragung und Erläuterung der beruflichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin müsse von einer berufsspezifisch bedingten Erkrankung ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin habe ihre berufliche Tätigkeit und die Belastung gerade der ulnaren Handkanten genau erklärt. Unter dem Begriff der "cumulative trauma disorder" lasse sich hier die Belastung der ulnaren Handkante einordnen, die zu einer chronischen Sehnenscheidenentzündung der Flexor carpi ulnaris Sehne sowie zu einer chronischen Periostitis des Os pisiforme geführt habe (UV-act. 32). Dr. J.____ hielt im Schreiben vom 10. Januar 2002 unter Bezugnahme auf die Einschätzung von Prof. K.____ fest, aufgrund dieser neuen medizinischen Ausgangslage könne nun nicht mehr von einem unspezifischen, diagnostisch nicht klar definierten Beschwerdebild gesprochen werden. Deswegen müsse die berufliche Verursachung neu diskutiert werden. Prof. K.____ bejahe eine berufsbedingte Erkrankung, nachdem er die Beschwerdeführerin genau nach ihrer beruflichen Tätigkeit befragt habe und diese ihm erläutert worden sei. Er gehe jedoch nicht näher auf diese berufliche Tätigkeit ein. Aus seinen Beschreibungen gehe nicht hervor, ob und bei



welcher spezifischen Tätigkeit eine Überbeanspruchung der Flexor carpi ulnaris Sehne stattgefunden habe. Deshalb solle eine Rückfrage bei Prof. K.____ in Bezug auf die Kausalität veranlasst werden (UV-act. 34, 36). In einer weiteren Beurteilung vom 14. März 2003 hielt Dr. J.____ fest, neu hinzugekommen sei eine sensible Beteiligung des N. ulnaris in der Loge de Guyon, die erst sekundär auf der linken Seite aufgetreten sei und die letztlich den Ausschlag zur am 4. November 2002 durchgeführten operativen Revision gegeben haben dürfte. Elektroneurographisch habe vorangehend eine Reizleitungsverzögerung des N. ulnaris in diesem Bereich nicht objektiviert werden können. Erklärungsmöglichkeiten für eine Irritation des N. ulnaris wären entweder eine direkte mechanische Schädigung oder eine indirekte Schädigung durch eine synovialitische Schwellung der topographisch eng benachbarten Flexor carpi ulnaris Sehne infolge Überbeanspruchung. Solche indirekten Beeinträchtigungen würden in der Literatur jedoch selten beschrieben. Vielmehr finde man distale Kompressionsneuropathien des N. ulnaris im Zusammenhang mit angeborenen Anomalien der Flexor carpi ulnaris Sehne. Eine direkte mechanische Schädigung des N. ulnaris links durch die Arbeitstätigkeit sowie eine indirekte Schädigung des Nervs durch eine überlastungsbedingte Synovialitis der Flexor carpi ulnaris Sehne erschienen Dr. J.____ als unwahrscheinlich (UV-act. 51).

2.2 In seiner Stellungnahme vom 17. Juni 2003 stellte Prof. K.____ die Diagnose von chronischen ulnaren Handgelenksbeschwerden mit N. ulnaris Irritation und chronischer Tendosynovialitis unter anderem der Flexor carpi ulnaris Sehne. Die Kombination aus anatomisch und physiologisch vorgegebener Minderbelastbarkeit durch einen relativ laxen Bandapparat bei "relativ" grenzwertig langer Ulna in Kombination mit wiederholten, im Wesentlichen eintönigen beruflichen Tätigkeiten seien als Ursache für die Beschwerden zu sehen (UV-act. 56). Die Beschwerdegegnerin entschloss sich daraufhin, eine weitere spezialärztliche Begutachtung in Auftrag zu geben. Dr. med. L.____, Facharzt FMH für plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie mit dem Schwerpunkt auf Handchirurgie, untersuchte die Beschwerdeführerin am 12. Januar 2005. Seine Diagnose lautete gemäss Schreiben vom 17. Januar 2005: Verdacht auf TFCC-Läsion Handgelenk beidseits (UV-act. 99). In seinem Gutachten vom 5. Dezember 2005 präziserte er die Diagnose: ulnokarpales Kompressions-Syndrom mit Verdacht auf TFCC-Läsion Handgelenk beidseits und wies darauf hin, dass Symptome der Flexor Tendinitis in seinen Untersuchungsbefunden vom



12. Januar 2005 fehlen würden und er diesen Befund nicht nachvollziehen könne. Hingegen sei der Befund insbesondere am rechten Handgelenk typisch für eine Pathologie im ulnokarpalen Komplex. Nach einer Untersuchung am 2. März 2005 (vgl. UV-act. 102) habe Prof. K.____ eine chronische Läsion im ulnokarpalen Gelenk mit Verdacht auf degenerative Veränderungen im Diskus bestätigt. Retrospektiv bestätige er nun auch den Befund der MR-Arthrographie vom Herbst 2001, in dem beidseits eine Degeneration des TFC-Komplexes beschrieben worden sei. Zu einer Überlastung des TFC-Komplexes im Sinn eines ulnokarpalen Kompressions-Syndroms könne es kommen, wenn pathologische anatomische Veränderungen auftreten würden. Daneben gebe es klassischerweise auch TFCC-Läsionen im Rahmen eines akuten Traumas. Mehrheitlich finde sich aber ein ulnokarpales Kompressions-Syndrom aufgrund von konstitutionellen Voraussetzungen. Chronische Überbelastung im ulnokarpalen Gelenk führe zu den degenerativen TFCC-Läsionen und zu Chondromalazie im ulnokarpalen Gelenk. Bei der Beschwerdeführerin seien die Schmerzen in jenem Zeitpunkt aufgetreten, in dem sie die Arbeitsbelastung habe ändern müssen. Entscheidend dürfte die Belastung durch das Andrücken der Printplatte auf die Prüfapparatur gewesen sein. Die beschriebene Belastung sei geeignet, entsprechende Beschwerden bei einem ulnokarpalen Kompressions-Syndrom auszulösen. Da der beschriebene Belastungsmechanismus im Alltag bei verschiedensten Arbeitsprozessen üblich sei, so bei vielen stossenden Tätigkeiten wie z.B. auch beim Fensterputzen, könne nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei der beschriebenen Belastung um eine aussergewöhnliche Belastung handle, müsste doch sonst das ulnokarpale Kompressions-Syndrom wesentlich häufiger vorkommen. Das ulnokarpale Kompressions-Syndrom sei auf dem Boden einer konstitutionellen Minderbelastbarkeit durch die Arbeit symptomatisch geworden. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden zwar stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit ausgelöst worden seien, die TFCC-Läsion ursächlich jedoch vorwiegend konstitutionell zu begründen sei (UV-act. 122).

3.

3.1 Das Versicherungsgericht kam im Entscheid vom 16. August 2006 (UV 2006/15) unter anderem zum Schluss, es liege keine klare medizinische Diagnose vor. Bei dieser unklaren medizinischen Lage könne nicht beurteilt werden, ob die



Handgelenkschmerzen als Berufskrankheit zu klassifizieren seien. Weiter sei bisher offenbar keiner der Ärzte konkret danach befragt worden, ob es sich bei der diagnostizierten Sehnenscheidenentzündung allenfalls sogar um eine solche gemäss Liste der arbeitsbedingten Erkrankungen in Anhang 1 zur UVV handeln könnte (Peritendinitis crepitans). Diesfalls wäre Art. 9 Abs. 1 UVG anwendbar, womit die Krankheit also nur zu 50% und nicht zu 75% durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sein müsste. Eine entsprechende Klärung werde noch nachzuholen sein. Sollte sich bei der noch vorzunehmenden Handgelenks-Arthroskopie die Verdachtsdiagnose der TFCC-Läsion bestätigen, könnte das Vorliegen einer Berufskrankheit im Sinne des Gesetzes wohl ausgeschlossen werden. Sollte sich demgegenüber herausstellen, dass eine unter Art. 9 UVG fallende Erkrankung vorliege, so müsse hinsichtlich der Verursachung durch die berufliche Tätigkeit beachtet werden, dass die Schmerzen bereits nach nur sechsmonatiger belastender Tätigkeit aufgetreten seien und dieser Zeitraum für die Bejahung einer Berufskrankheit eher knapp erscheine (Entscheid des Versicherungsgerichts UV 2006/15, a.a.O.).

3.2 Prof. K.____ schlug am 30. August 2007 eine Ulnaverkürzungsosteotomie (gegebenenfalls mit vorgängiger diagnostischer Handgelenksarthroskopie und gleichzeitiger Durchführung der therapeutischen Massnahmen) vor (UV-act. 162; vgl. auch UV-act. 178). Die Handchirurgin Dr. G.____ riet jedoch am 27. Januar 2009 von einer Ulnaverkürzungsosteotomie mit oder ohne Handgelenksarthroskopie ab. Sowohl Anamnese wie auch Klinik sprächen für eine Problematik im Pisotriquetralgelenk. Die Flexor Carpi ulnaris Sehne laufe über das Os Pisiforme, und bei Druckbelastungen komme es jeweils zu Schmerzen. Probleme im Sinn eines Ulnaimpingements lägen überhaupt nicht vor. Radiologisch fehle eine Ulna-plusvariante. Es handle sich in der Region des TFCC um degenerative Veränderungen, "die man in diesem Alter wahrscheinlich bei den meisten finden würde". Sie empfehle eine einfache Exstirpation des Os pisiforme (UV-act. 185). Dr. H.____ berichtete am 3. März 2009, nach Aufnahme der Arbeit im Juni 2000 seien die Schmerzen in beiden Handgelenken im November 2000 aufgetreten. Aufgrund einer Untersuchung vom 19. September 2008 sei er erneut von einer pisotriquetralen Überlastung mit reaktiver Tendinitis des Flexor carpi Ulnaris ausgegangen. Da dies im Widerspruch zu den anderen ärztlichen Beurteilungen gestanden habe, habe er seine Kollegin Dr. G.____ ohne Vorkenntnisse der Akten gebeten, die Patientin zu beurteilen, was am 27. Januar 2009 geschehen sei. Er stelle



die Diagnose eines pisotriquetralen Impingements mit Sklerosierung des Os pisiforme rechts sowie einer begleitenden Tenosynovitis des FCU. Therapeutisch sei in dieser Situation die Resektion des Os pisiforme sicherlich gerechtfertigt. Die Beschwerden seien nach einer Latenz von Juli bis November (2000) nach einer neuen Belastung des Handgelenks aufgetreten. Die Belastung sei seines Erachtens geeignet gewesen, die entsprechenden Beschwerden zu verursachen. Ob die histologische Diagnose den Entscheid (ob die Beschwerden vorwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden seien) abnehme, bleibe hingegen offen. Der Eingriff sei kurativ gedacht. Eine Handgelenksarthroskopie habe aufgrund der von ihm gestellten Diagnose keine Indikation (UV-act. 189 Beilage). Auf ein Schreiben der Beschwerdeführerin vom 14. April 2009 (UV-act. 190) teilte die Beschwerdeführerin am 23. Juni 2009 mit, nach wie vor würde sie den operativen Eingriff gemäss der von Dr. H.____ gestellten Diagnose und von diesem Arzt vornehmen lassen wollen (UV-act. 193). Gleichzeitig reichte sie ein Schreiben von Dr. G.____ vom 11. Juni 2009 ein, worin diese ausführte, dass bei der Pisiformeexstirpation gesagt werden könne, ob arthrotische Veränderungen (Knorpeldefekte) vorliegen würden. Die Frage, ob die Beschwerden vorwiegend durch die Tätigkeit (manuelle Druckarbeit) von Januar bis Ende 2000 hervorgerufen worden seien, werde sich nie beantworten lassen; dies sei eine typische "Huhn oder Ei"-Frage, und es lasse sich nicht nachweisen, ob die pisotriquetrale Problematik dadurch verursacht worden sei. Die Exstirpation des Pisiforme diene ausschliesslich der Behandlung des Beschwerdebildes im Sinn einer Besserung der gesundheitlichen Situation. Nach diesem Eingriff sei eigentlich von einer Beschwerdefreiheit auszugehen. Die TFCC-Problematik mit daraus vorgeschlagener Ulnaverkürzungsosteotomie habe noch nie ein klinisches Korrelat gehabt. Diese Operationsindikation (Arthroskopie und/oder Verkürzungsosteotomie der Elle) sei ein rein auf MRI-Befund basierender Vorschlag ohne jegliche Klinik und somit nicht indiziert (UV-act. 192).

3.3 In der Beurteilung vom 6. Oktober 2009 kam Suva-Arzt Dr. J.____ zum Schluss, aufgrund der sich widersprechenden Arztberichte müsse weiterhin von einer persistierenden diagnostischen Unklarheit ausgegangen werden. Angesichts dieser nicht auszuräumenden Unklarheit und vor allem im Hinblick auf die längst eingetretene Chronifizierung der Beschwerden bleibe es ungewiss, ob die von Dr. H.____ vorgeschlagene Resektion des Os pisiforme tatsächlich zur erhofften Beschwerdelinderung oder sogar Beschwerdefreiheit führe. Es fehlten in den Akten



zudem Hinweise, dass eine diagnostische Testinfiltration des Pisotriquetralgelenkes vorgenommen worden sei und zu einer deutlichen Schmerzreduktion geführt habe. Solange also das Erfolgversprechende dieses Eingriffs nicht zuverlässig genug vorauszusehen sei, könne dieser auch nicht als zweckmässig bezeichnet werden. Um eine pisotriquetrale Arthrose zu diagnostizieren, reiche der radiologische Befund. Ein operativer Eingriff zur endgültigen Bestätigung dieser Diagnose sei nicht zwingend erforderlich. Falls die Diagnose einer pisotriquetralen Arthrose zutrefte und auch intraoperativ und histologisch bestätigt werden sollte, beweise dies noch nicht, dass diese auch Ursache der chronischen Beschwerden sei. Erst eine deutliche Linderung der Beschwerden nach einer diagnostischen Testinfiltration bzw. nach erfolgter Pisiformresektion würde diese Annahme bestätigen. Im konkreten Fall sei zudem darauf hinzuweisen, dass Beschwerden im Ansatzbereich der Flexor carpi ulnaris Sehne zwar zu Beginn beschrieben worden seien, Hinweise auf beginnende arthrotische Veränderungen des Pisotriquetralgelenkes jedoch erst im zuletzt veranlassten Röntgenbild zu sehen gewesen seien. Zudem zeige der aktenkundige Verlauf, dass eine Tendinose der Flexor carpi ulnaris Sehne nicht bei allen Untersuchungen habe festgestellt werden können. Das Vorhandensein bzw. die Bestätigung einer pisotriquetralen Arthrose biete keine neuen Erkenntnisse über eine berufliche Verursachung dieser Arthrose. Die Pisotriquetralarthrose sei im Vergleich zu anderen arthrotischen Veränderungen des Handgelenkes selten. Es gebe keine epidemiologischen Studien, die dargelegt hätten, dass diese Arthrose bei die Handgelenke belastenden Berufen viermal häufiger vorkomme als in nicht belastenden Berufen oder in der Allgemeinbevölkerung. Der Beurteilung von Dr. G.____ sei somit beizupflichten, wonach sich nicht beantworten lasse, ob die pisotriquetrale Problematik (stark) überwiegend durch die (im Jahr 2000) verrichtete berufliche Tätigkeit verursacht worden sei. Die vorgeschlagene Resektion des Os pisiforme könne als einfacher und nicht besonders invasiver Eingriff bezeichnet werden. Falls er durchgeführt werde und ohne Komplikationen verlaufe, sei theoretisch mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin von ca. vier bis sechs Wochen zu rechnen (UV-act. 196). Die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin bescheinigte im Schreiben vom 17. November 2009, dass diese ab Juni 2000 bis Januar 2001 an einem Prüfadapter gearbeitet habe, an welchem die elektronische Funktionsfähigkeit von Printplatten geprüft worden sei. Da die Printplatten vom Vakuum-Adapter schlecht



angezogen worden seien, hätten diese zu Beginn des Tests mit beiden Händen angedrückt werden müssen, um eine gute Kontaktierung zu gewährleisten. Dieses Anpressen habe die Beschwerdeführerin während ca. vier Sekunden ca. 300mal täglich zu wiederholen gehabt. Nach dem Vorfall mit den Handgelenksbeschwerden sei eine Verbesserung der Prüfadapter-Arbeitsplätze angestrebt worden. Die nachgerüsteten Hauben würden das Anpressen von Hand überflüssig machen (UV-act. 198 Beilage).

4.

4.1 Aufgrund der dargelegten medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass die bei der Beschwerdeführerin bestehenden gesundheitlichen Probleme an beiden Handgelenken bzw. die Vielzahl der in diesem Zusammenhang im Verlauf der Jahre ab 2000 (zum Teil vermutungsweise) gestellten Diagnosen nicht unter eine Listenkrankheit im Sinn von Art. 9 Abs. 1 UVG und des entsprechenden Anhangs 1 zur UVV (Art. 14 UVV) subsumiert werden können; insbesondere eine Sehnenscheidenentzündung (Tendovaginitis) wurde in den nach Erlass des Versicherungsgerichts-Entscheids vom 16. August 2006 erstellten ärztlichen Äusserungen nicht mehr angeführt. Vielmehr bescheinigten sowohl Prof. K.____ (bei Diagnostizierung einer chronischen ulnokarpalen Impingementsymptomatik) als auch Dr. G.____ und Dr. H.____ (Problematik im Pisotriquetralgelenk) - wenn auch bei unterschiedlicher diagnostischer Einordnung - beidseitige degenerative Veränderungen in der Region des TFCC (UV-act. 162, 178, 185, 189 Beilage). Eine Listenkrankheit im erwähnten Sinn findet sich unter den erwähnten Diagnosen unbestrittenermassen nicht. Sodann besteht Einigkeit darüber, dass eine Handgelenksarthroskopie einzig zu diagnostischen Zwecken (ohne therapeutische Absicht) nicht zweckmässig ist (vgl. UV-act. 156, 158, 162, 181). Prof. K.____ vermerkte im Weiteren ausdrücklich, dass eine Arthroskopie lediglich ein diagnostisches Vorgehen biete, welches die Degeneration des Diskus nur noch bestätigen könne (UV-act. 178). Über die Art des erforderlichen (therapeutischen) Eingriffs gehen die Meinungen der beteiligten Ärzte - entsprechend der unterschiedlichen Diagnosestellung - auseinander. Während Prof. K.____ zu einer Ulnaverkürzungsosteotomie mit allfälliger (gleichzeitiger) Handgelenksarthroskopie riet (UV-act. 162, 178), empfahl Dr. G.____ eine einfache Exstirpation des Os pisiforme und verneinte die Indikation für eine Verkürzungsosteotomie (UV-act. 185, 192). Dr. J.____ erachtete sodann den von Dr. H.____ vorgeschlagenen Eingriff als nicht zwingend



erforderlich; für die Diagnostizierung einer pisotriquetralen Arthrose sei der radiologische Befund ausreichend (UV-act. 196 S. 4). Der Standpunkt von Dr. H.____ hinsichtlich Diagnose und Eingriff stimmt mit demjenigen von Dr. G.____ überein, wobei er ausdrücklich festhielt, dass der von ihm vorgeschlagene Eingriff kurativ (heilend) gedacht sei. Eine Indikation für eine Arthroskopie verneinte er (UV-act. 189 Beilage) und versprach sich damit, wie auch Prof. K.____ (UV-act. 178: lediglich Bestätigung der Degeneration durch Arthroskopie), keine daraus resultierenden, zusätzlichen Erkenntnisse. Auch Dr. G.____ hielt am 11. Juni 2009 fest, die von ihr vorgeschlagene Exstirpation des PISOforme diene ausschliesslich der Behandlung des Beschwerdebildes im Sinn einer Besserung der gesundheitlichen Situation (UV-act. 192). Sodann verneinte Dr. J.____ eine diagnostische Funktion des von Dr. H.____ vorgeschlagenen Eingriffs bzw. weitere daraus resultierende Erkenntnisse bezüglich der Frage der beruflichen Beschwerdeverursachung bzw. deren Ausmasses (UV-act. 196 S. 4).

Angesichts dieser Umstände ist festzuhalten, dass die vom Versicherungsgericht im Entscheid vom 16. August 2006 vermerkte diagnostische Unklarheit nach wie vor besteht. Die im erwähnten Entscheid (auf S. 13) angeregte Handgelenks-Arthroskopie erwies sich jedoch vor dem geschilderten Hintergrund im Nachhinein als nicht zielführend. Eine Beantwortung der Frage, welche Diagnose - bei unbestritten vorliegenden degenerativen Veränderungen im Bereich des TFCC - zu stellen und welcher medizinische (kurative) Eingriff durchzuführen sei, vermöchte nichts zur Klärung der Frage der beruflichen Verursachung der Handgelenksbeschwerden beizutragen. Dr. J.____ wies darauf hin, dass sich die diagnostische Unklarheit nicht ausräumen lasse (UV-act. 196 S. 3 unten), und keine ärztliche Meinung sprach sich für weitere diesbezügliche Abklärungen aus. Dementsprechend würden sich keine erneuten medizinischen Abklärungen - und insbesondere auch keine Arthroskopie - rechtfertigen, weshalb solche nicht anzuordnen sind. Ergänzend ist zudem festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin am 23. Juni 2009 lediglich dem von Dr. H.____ vorgeschlagenen Eingriff ihre Zustimmung erteilte (UV-act. 193); den von Prof. K.____ vorgeschlagenen Eingriff lehnte sie explizit ab (vgl. Schreiben vom 3. und 6. März 2009 in UV-act. 189). Aber selbst wenn sich durch weitere Abklärungen eine der diskutierten Diagnosen als zutreffend verifizieren liesse und entsprechend ein bestimmter Eingriff angezeigt erscheinen würde, vermöchte dies die überwiegend



berufliche Verursachung der Beschwerden nicht zu belegen, wie sich auch aus den nachstehenden Ausführungen ergeben wird.

4.2 Abzuklären bleibt, ob die gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin in den Handgelenken unter Art. 9 Abs. 2 UVG einzuordnen sind. Gemäss BGE 117 V 354 E. 4c findet bei Art. 9 Abs. 2 UVG keine Beschränkung der gefährdenden Stoffe oder Krankheiten statt. Grundsätzlich ist jede Einwirkung am Arbeitsplatz als Ursache für eine Berufskrankheit anerkannt, unter der Bedingung, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Krankheit "stark überwiegend" ist, d.h. wenn der Verursachungsanteil der Berufsarbeit an einer Krankheit - wie bereits erwähnt (vorne E. 1) - mindestens 75% beträgt, und dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist (BGE 114 V 109; 116 V 142 E. 5a; 119 V 200 E. 2b). Nach der Rechtsprechung stellt die Anerkennung einer Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 2 UVG primär eine Beweisfrage im Einzelfall dar. Wenn aber auf Grund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür besteht, dass eine berufsbedingte Genese eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann, schliesst dies den Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Sinn von Art. 9 Abs. 2 UVG im Einzelfall aus (BGE 126 V 183 E. 4c). Sofern mit anderen Worten der Nachweis eines qualifizierten (Anteil von mindestens 75%) Kausalzusammenhangs nach der medizinischen Empirie allgemein nicht geleistet werden kann (z.B. wegen der weiten Verbreitung einer Krankheit in der Bevölkerung, welche es ausschliesst, dass eine versicherte Person zumindest viermal häufiger von einem Leiden betroffen ist als die Bevölkerung im Durchschnitt), scheidet die Anerkennung im Einzelfall aus (vgl. RKUV 1999, S. 106 E. 3 am Schluss). Sind andererseits die allgemeinen medizinischen Erkenntnisse mit dem gesetzlichen Erfordernis einer stark überwiegenden Verursachung des Leidens durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit vereinbar, besteht Raum für nähere Abklärungen zwecks Nachweises des qualifizierten Kausalzusammenhangs im Einzelfall (vgl. BGE 126 V 183 E. 4c mit Hinweisen).

Dr. H.____ kam im Bericht vom 3. März 2009 wie erwähnt zum Schluss, die Belastung am Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin sei seines Erachtens geeignet gewesen, die entsprechenden Beschwerden zu verursachen. Ob die histologische Diagnose den Entscheid (ob die Beschwerden vorwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht



worden seien) abnehme, bleibe hingegen offen (UV-act. 189 Beilage). Mit dieser Schlussfolgerung ist eine stark überwiegende berufliche Verursachung der Beschwerden nicht einmal behauptet. Die blosser Eignung einer Tätigkeit, Beschwerden zu verursachen, vermag eine stark überwiegende berufliche Verursachung nicht darzutun. Diesbezüglich war bereits Dr. L.____ im Gutachten vom 5. Dezember 2005 zum Schluss gelangt, dass die Beschwerden zwar durch die berufliche Tätigkeit ausgelöst worden seien, ursächlich jedoch vorwiegend konstitutionell zu begründen seien (UV-act. 122). Dies entspricht im Ergebnis auch der Feststellung von Dr. G.____ vom 11. Juni 2009, wonach die Frage, ob die Beschwerden bzw. die pisotriquetrale Problematik vorwiegend durch die Tätigkeit von Januar bis Juni 2000 hervorgerufen worden seien, sich als typische "Huhn oder Ei"-Frage nie beantworten lassen werde (UV-act. 192). In diesem Sinn ergibt sich aus den Darlegungen von Dr. H.____ vom 3. März 2009 nichts anderes als aus derjenigen von Dr. G.____ vom 11. Juni 2009. Konkret betrug die tägliche Expositionszeit der Handgelenke bei der im Jahr 2000 ausgeübten Tätigkeit ca. 20 Minuten (300 x 4 Sekunden; vgl. UV-act. 198 Beilage). Die Tätigkeit dauerte insgesamt lediglich rund ein halbes Jahr (UV-act. 198 Beilage). Von einer erheblichen beruflichen Expositionszeit kann somit offensichtlich nicht ausgegangen werden. So lag beispielsweise dem Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2004, U 341/03 (= SVR 2005 UV Nr. 6, 17), ein Sachverhalt zugrunde, gemäss welchem eine Dentalhygienikerin dem Unfallversicherer nach 26jähriger Berufstätigkeit (1975-2001) eine Epicondylitis als Berufskrankheit melden liess. Die Angelegenheit wurde vom Gericht - nicht zuletzt mit Hinweis auf die wesentliche Expositionszeit (vgl. Urteil, a.a.O., E. 3.3) - zur Durchführung einer arbeitsmedizinischen Abklärung an den Unfallversicherer zurückgewiesen. Angesichts der konkreten erwerblichen und medizinischen Gegebenheiten vermöchte eine arbeitsmedizinische Abklärung überwiegend wahrscheinlich zu keinem veränderten Ergebnis zu führen. Dies gilt auch für den Umstand, dass die Arbeitgeberin beim damaligen Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin Anpassungen vorgenommen hat (vgl. UV-act. 198 Beilage). Anhaltspunkte für eine Unrichtigkeit der Feststellung von Dr. J.____, wonach es keine epidemiologischen Studien gebe, die dargelegt hätten, dass die Pisotriquetralarthrose bei die Handgelenke belastenden Berufen viermal häufiger vorkomme als in nicht belastenden Berufen oder in der Allgemeinbevölkerung (UV-act. 196 S. 4), werden weder geltend gemacht noch ergeben sich solche aus den Akten.



4.3 Unter diesen Umständen lässt nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die (stark) überwiegende berufliche Verursachung der Handgelenksbeschwerden verneinte. Darauf hinzuweisen ist dabei, dass mit diesem Ergebnis weder die ausgewiesenen gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin in den Handgelenken in Frage gestellt noch die Möglichkeit einer Beeinflussung der Beschwerden durch die im Jahr 2000 ausgeübte berufliche Tätigkeit in Abrede gestellt werden. Dies allein genügt jedoch - wie dargelegt - nicht für eine Bejahung der Voraussetzungen nach Art. 9 UVG.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 30. November 2010 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.